



**You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Sposób percepcji zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej a zachowania zdrowotne mieszkańców województwa śląskiego

Author: Dorota Gawlik

Citation style: Gawlik Dorota. (2018). Sposób percepcji zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej a zachowania zdrowotne mieszkańców województwa śląskiego. Praca doktorska. Katowice : Uniwersytet Śląski

© Korzystanie z tego materiału jest możliwe zgodnie z właściwymi przepisami o dozwolonym użytku lub o innych wyjątkach przewidzianych w przepisach prawa, a korzystanie w szerszym zakresie wymaga uzyskania zgody uprawnionego.



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

UNIwersytet śląski w Katowicach

Wydział Pedagogiki i Psychologii

Katedra Pedagogiki Społecznej

**Sposób percepcji zjawisk obecnych
w przekazach kultury masowej
a zachowania zdrowotne mieszkańców
województwa śląskiego**

mgr Dorota GAWLIK

Dysertacja doktorska napisana pod naukowym kierunkiem

Dr hab. Katarzyny Borzuckiej- Sitkiewicz

Promotor pomocniczy:

Dr Karina Leksy

Katowice 2018

Spis treści

Wstęp	4
-------------	---

Część I

Zdrowie, kultura masowa, edukacja zdrowotna- teoretyczne przesłanki dla przeprowadzonych badań

Rozdział 1. Zdrowie i jego uwarunkowania	8
1.1. Konteksty historyczne i definicyjne zdrowia	8
1.2. Wielowymiarowość zdrowia i przegląd jego głównych modeli	15
1.3. Koncepcje i modele czynników warunkujących zdrowie	22
1.4. Sposoby definiowania <i>stylu życia</i> i <i>zachowań zdrowotnych</i> jako głównych uwarunkowań zdrowia indywidualnego	29
1.4.1. Charakterystyka wybranych zachowań zdrowotnych	36
1.4.2. Teorie wyjaśniające zachowania zdrowotne i możliwości ich modyfikacji- implikacje socjologiczne i psychopedagogiczne	47
1.5. Socjokulturowe determinanty zdrowia, stylu życia i zachowań zdrowotnych	55
Rozdział 2. Współczesna kultura masowa a styl życia ludzi	59
2.1. Specyfika kultury masowej i przekazów medialnych	59
2.2. Percepcja zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej a styl życia współczesnych ludzi	66
2.3. Kult idealnego ciała w przekazach kultury masowej	70
2.3.1. Dyskursy diety i fitnessu w kulturze masowej jako elementy kultu idealnego ciała	74
2.3.2. Zaburzenia odżywiania jako konsekwencje niewłaściwej percepcji kultu idealnego ciała	76
2.4. Seksualizacja współczesnej kultury w przekazach medialnych	79
2.5. Prymat konsumpcji, przyjemności i natychmiastowości w kulturze masowej	83
2.6. Komercjalizacja zdrowia i medykalizacja codzienności w przekazach medialnych	88
Rozdział 3. Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, jako narzędzia do zmiany zachowań zdrowotnych	92
3.1. Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna- charakterystyka pojęć i rozróżnienia definicyjne	92
3.2. Podstawy teoretyczne promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej	96
3.3. Strategie, podejścia i modele promocji zdrowia	99
3.4. Współczesne modele edukacji zdrowotnej	101
3.5. Środowiska realizujące edukację zdrowotną i promocję zdrowia	107

Część II

Założenia metodologiczne

Rozdział 4. Metodologiczne podstawy przeprowadzonych badań	115
4.1. Strategia oraz typ przeprowadzonych badań własnych	115
4.2. Przedmiot oraz cel przeprowadzonych badań	118
4.3. Przyjęte problemy i hipotezy badawcze	120
4.4. Operacjonalizacja zmiennych i zależności między nimi	124

4.5.	Wykorzystane metody, techniki i narzędzia badawcze	131
4.6.	Dobór próby badawczej oraz charakterystyka terenu badań	136
4.7.	Organizacja i przebieg badań	142

Część III

Zachowania zdrowotne mieszkańców województwa śląskiego, ich sposób postrzegania własnego ciała a percepcja zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej- analiza i interpretacja badań diagnostyczno- weryfikacyjnych

Rozdział 5. Postrzeganie ciała i zachowania zdrowotne mieszkańców województwa śląskiego- analiza i interpretacja badań diagnostycznych	144
5.1. Postrzeganie własnego ciała przez mieszkańców województwa śląskiego.....	145
5.2. Zachowania zdrowotne mieszkańców województwa śląskiego w zakresie odżywiania.....	158
5.3. Zachowania zdrowotne mieszkańców województwa śląskiego w zakresie aktywności fizycznej i dbałości o ciało	188
5.4. Zachowania seksualne mieszkańców województwa śląskiego	209
5.5. Działania prewencyjne mieszkańców województwa śląskiego.....	216
5.6. Zachowania zdrowotne mieszkańców województwa śląskiego w zakresie korzystania z używek.....	228
5.7. Zachowania zdrowotne mieszkańców województwa śląskiego w zakresie zdrowia psychospołecznego	235
5.8. Ogólna diagnoza zachowań zdrowotnych mieszkańców województwa śląskiego na podstawie <i>Skali Zachowań Prozdrowotnych</i>	245
Rozdział 6. Sposób percepcji zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej przez mieszkańców województwa śląskiego	254
6.1. Sposób postrzegania kultu idealnego ciała przez mieszkańców województwa śląskiego	256
6.2. Sposób percepcji seksualizacji współczesnej kultury przez mieszkańców województwa śląskiego	277
6.3. Sposób percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji przez mieszkańców województwa śląskiego	283
6.4. Sposób percepcji medykalizacji codziennego życia przez mieszkańców województwa śląskiego	287
Rozdział 7. Zależności między sposobem percepcji zjawisk obecnych w przekazach medialnych, a zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego i ich postrzeganiem własnego ciała- analiza i interpretacja części weryfikacyjnej badań własnych	295
7.1. Weryfikacja zależności między sposobem percepcji kultu idealnego ciała a zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie odżywiania.....	297
7.2. Weryfikacja zależności między sposobem percepcji kultu idealnego ciała a zachowaniami zdrowotnymi w zakresie dbałości o ciało i aktywności fizycznej mieszkańców województwa śląskiego	301
7.3. Weryfikacja zależności między sposobem percepcji kultu idealnego ciała a postrzeganiem własnego ciała przez mieszkańców województwa śląskiego	305
7.4. Weryfikacja zależności między sposobem percepcji seksualizacji kultury a zachowaniami seksualnymi mieszkańców województwa śląskiego	308

7.5. Weryfikacja zależności między sposobem percepcji prymatu przyjemności natychmiastowości i konsumpcji a zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie odżywiania.....	311
7.6. Weryfikacja zależności między sposobem percepcji prymatu przyjemności natychmiastowości i konsumpcji a zachowaniami seksualnymi mieszkańców województwa śląskiego	316
7.7. Weryfikacja zależności między sposobem percepcji prymatu przyjemności natychmiastowości i konsumpcji a zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie korzystania z używek.....	318
7.8. Weryfikacja zależności między sposobem percepcji prymatu przyjemności natychmiastowości i konsumpcji a zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego związanymi ze zdrowiem psychospołecznym	322
7.9. Weryfikacja zależności między sposobem percepcji medykalizacji codziennego życia a zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie działań prewencyjnych.....	325
Wnioski z przeprowadzonych badań własnych oraz postulaty i rekomendacje dla praktyki pedagogicznej.....	330
BIBLIOGRAFIA	346
SPIS RYSUNKÓW	357
SPIS WYKRESÓW	357
SPIS TABEL	357
ANEKS 1	363
ANEKS 2.....	372
ANEKS 3.....	376
ANEKS 4.....	378

Wstęp

Współcześnie nauki związane ze zdrowiem podlegają znacznym przemianom, które wynikają nie tylko z postępu technologicznego, ale przede wszystkim ze zmian zachodzących w świadomości ludzi. Obecnie coraz częściej podkreśla się wpływ osobistych wyborów i indywidualnych praktyk w odniesieniu do stanu zdrowia i ryzyka wystąpienia określonych jednostek chorobowych¹. Nie ulega więc wątpliwości, iż zdrowie wraz ze wszystkimi jego wymiarami, powinno być postrzegane nie tylko w kategoriach biologicznych i medycznych, ale również kulturowych i społecznych, bowiem kategorie te istotnie zdrowie determinują. Kiedy perspektywy biologiczno-medyczne oraz społeczno- kulturowe pojmowania zdrowia, wzajemnie się przenikają i uzupełniają, dają specjalistom- lekarzom, pedagogom, promotorom zdrowia, pełen obraz czynników warunkujących zdrowie człowieka, a co więcej umożliwiają planowanie całościowych działań na rzecz podnoszenia jakości życia, minimalizacji głównych problemów zdrowotnych oraz wzmacniania potencjału zdrowotnego współczesnego społeczeństwa². Wiąże się to z koniecznością wdrażania strategii edukacyjnych i profilaktycznych, zaś punkt wyjścia do tego typu działań powinna stanowić diagnoza zachowań zdrowotnych różnych grup populacji. Na konieczność prowadzenie tego typu działań, wskazuje model planowania zaprezentowany przez M.B Dignana i P.A. Carra, gdzie etap początkowy stanowi diagnoza potrzeb – analiza sytuacji populacji (społeczności), w której realizowany będzie program³. E. Syrek określa diagnozę, jako „rozpoznawanie w poszczególnych przypadkach przyczyn badanego stanu, ocenę jego objawów i możliwości przemian”⁴, jest to zatem kluczowa metoda pedagogiki społecznej. Właściwa diagnoza daje bowiem możliwość interpretacji zjawiska i sformułowania wniosków w zakresie poprawy zaistniałego stanu rzeczy. Z punktu widzenia oddziaływań edukacyjnych jest więc elementem o znaczeniu fundamentalnym. W ramach niniejszej rozprawy przeprowadzono badania mające na celu diagnozę zachowań zdrowotnych mieszkańców województwa śląskiego oraz ich sposobu postrzegania własnego ciała, jako podstawy tychże zachowań, ciało bowiem we współczesnym świecie, jak pisze Z. Melosik, stanowi integralny element tożsamości, wkracza

¹ por. T.B. Kulik: Koncepcja zdrowia w medycynie, w: Zdrowie publiczne, red. T. B. Kulik, M. Latański, wyd. Czelej, Lublin 2002, s. 16.

² Z. Melosik, Dyskursy zdrowia w społeczeństwie współczesnym: Konteksty teoretyczne, w: Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji, red. Z. Melosik, wyd. Edytor, Toruń- Poznań 1999, s. 7-23.

³ M.B. Dignan, P.A. Carr: Program planning for health, Lee & Febiger, Malvern 1992, s.15.

⁴ E. Syrek: Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży w regionie górnośląskim, wyd. UŚ, Katowice 1987, s. 44.

w przestrzeń społeczną będąc zarazem kategorią poddaną wpływom społecznym i kulturowym⁵.

Ponadto we współczesnym świecie istotny czynniki socjalizacyjny oraz jeden z najważniejszych sposobów wykorzystywanych przez ludzi do nadawania sensu swojemu życiu, stanowią przekazy kultury masowej. Zgodnie z raportem Światowej Organizacji Zdrowia, media stanowią część nieformalnej edukacji i mają istotny wpływ na wybory ludzi⁶. Mimo to kultura masowa, jest jednocześnie sferą zaniedbywaną w dziedzinie badań nad edukacją zdrowotną, promocją zdrowia oraz pedagogiką zdrowia. Zatem konieczne wydaje się analizowanie popularnych trendów obecnych w kulturze masowej, bowiem trendy te stanowią niejako kontekst życia współczesnego człowieka, mogą więc mieć zasadnicze znaczenie w dokonywaniu przez niego codziennych wyborów oraz w postrzeganiu takich kategorii jak zdrowie, czy choroba. Ze względu na ogromną siłę i szeroki zasięg oddziaływania przekazów medialnych, błędem byłoby ignorowanie ich znaczenia w kreowaniu wartości jaką jest zdrowie. W związku z tym jedna z części niniejszej rozprawy opisuje badania własne, których celem była diagnoza sposobu percepcji przez mieszkańców województwa śląskiego, wybranych zjawisk obecnych w kulturze masowej.

Obserwując szybko postępujące zmiany w stylach życia ludzi oraz współczesną rzeczywistość zdominowaną przez przekazy kultury masowej, gdzie- jak pisze Z. Melosik „*wszystko miesza się ze wszystkim*”⁷, nasuwa się refleksja, iż kultura masowa stanowi swoiste wyzwanie dla edukacji zdrowotnej, której priorytetowym celem jest kształtowanie u ludzi umiejętności dokonywania świadomych, odpowiedzialnych i sprzyjających zdrowiu wyborów. Jednocześnie współcześni profesjonaliści z dziedziny edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, powinni być gotowi z tym wyzwaniem się zmierzyć, by w jak największym stopniu ułatwiać ludziom podejmowanie prozdrowotnych wyborów, a co za tym idzie, umacniać tkwiący w nich potencjał zdrowotny. Niniejsza rozprawa w zamyśle autora stanowi właśnie próbę zmierzenia się z tym wyzwaniem.

Zebrany w toku badań materiał empiryczny umożliwił także analizę obecnych w kulturze masowej zjawisk, w kontekście wykrycia ewentualnych zależności między percepcją tych zjawisk, a podejmowanymi przez mieszkańców województwa śląskiego zachowaniami zdrowotnymi i ich postrzeganiem własnego ciała, co pozwoliło z kolei na

⁵ Z. Melosik, Tożsamość, ciało i władza w kulturze instant, wyd. Impuls, Kraków 2010, s. 9-18. por. Z Melosik, Ponowoczesny świat konsumpcji, w: Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji, red. Z Melosik, wyd. Edytor, Toruń- Poznań 1999, s. 88-89.

⁶ por. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity> [dostęp 10.07.14 r.]

⁷ Z. Melosik, Dyskursy zdrowia w społeczeństwie współczesnym: konteksty teoretyczne, w: Ciało i zdrowie...op.cit., s. 23.

wyciągnięcie wniosków i rekomendacji dla praktyki edukacyjnej w zakresie planowania odpowiednich strategii (w różnych środowiskach: szkole, środowisku lokalnym, itp.) związanych przede wszystkim z rozwijaniem umiejętności krytycznej analizy dyskursów zdrowia, zawartych w tekstach kultury masowej. Analizując wyniki badań własnych wyodrębniono także teoretyczne modele (przydatne dla praktyki) skutecznych oddziaływań z zakresu edukacji zdrowotnej i medialnej w odniesieniu do różnych systemów społecznych.

Przedstawione wyżej przesłanki i refleksje były zarazem inspiracją do stworzenia niniejszej rozprawy składającej się z trzech części głównych. Część pierwsza stanowi swoistą syntezę najistotniejszych treści pochodzących z literatury przedmiotu i przemyśleń własnych, związanych z kluczowymi dla przeprowadzonych badań pojęciami: zdrowia, zachowań zdrowotnych, kultury masowej i edukacji zdrowotnej. W rozdziale pierwszym, ogólnie rzecz ujmując, skupiono się na kategorii zdrowia i jego szeroko pojętych uwarunkowań, zaś rozdział drugi omawia specyfikę zjawisk obecnymi w kulturze masowej i ich znaczenia dla kształtowania stylu życia współczesnego człowieka. Natomiast rozdział trzeci jest zogniskowany wokół pojęć: promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej jako narzędzi służących do zmiany zachowań zdrowotnych ludzi.

Druga część rozprawy to metodologiczne podstawy przeprowadzonej procedury badawczej, gdzie omówiono przyjęte paradygmaty badawcze, cele badań, problematykę badawczą, sformułowane hipotezy, zmienne oraz wskaźniki, wykorzystaną metodę, techniki i narzędzia, a także treści związane z doбором terenu badań, próby reprezentatywnej oraz organizację i przebieg badań.

Część trzecią stanowi analiza i interpretacja badań własnych o charakterze diagnostyczno-weryfikacyjnym. Rozdział piąty dotyczy zachowań zdrowotnych i postrzegania własnego ciała przez mieszkańców województwa śląskiego, zaś rozdział szósty omawia kwestie związane z ich sposobem percepcji zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej. Z kolei rozdział siódmy i zarazem ostatni, dotyczy części weryfikacyjnej badań własnych związanej z wykrywaniem zależności między sposobem percepcji zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej, a zachowaniami zdrowotnymi i postrzeganiem własnego ciała przez mieszkańców województwa śląskiego. Warto dodać, iż opisana analiza i interpretacja badań własnych została przedstawiona na tle innych badań, a często także zestawiona z treściami teoretycznymi pochodzącymi z literatury przedmiotu oraz opatrzona komentarzami autorskimi.

Dysertację kończy rozdział poświęcony wnioskowi płynącemu z przeprowadzonych badań oraz postulatowi i rekomendacjom istotnym dla praktyki pedagogicznej. Dodatkowo na

końcu pracy znaleźć można spis pozycji bibliograficznych, spis wykorzystanych tabel, rysunków i wykresów oraz aneksy.

Warto podkreślić przydatność niniejszej rozprawy dla wzbogacenia refleksji teoretycznej pedagogiki zdrowia, czy też szerzej pedagogiki społecznej, której celem, a zarazem zadaniem jest przecież prowadzenie działań o charakterze profilaktycznym i kompensacyjnym, aby umożliwić jednostkom satysfakcjonującą partycypację społeczną⁸. Ponadto nie można pominąć waloru praktycznego przeprowadzonych badań stanowiących inspirację do rozszerzenia pola eksploracji dla praktyki społeczno- pedagogicznej.

Nie ma wątpliwości, iż współczesna rzeczywistość ulega szybkim przemianom- jak pisze Z. Baumann nabiera cech płynności i zmienności⁹, w związku z czym konieczne wydaje się stałe poszerzanie pola zainteresowań pedagogiki zdrowia i pedagogiki społecznej, o nowe treści, uwzględniające tło współczesnego (szybkiego i płynnego) życia. W kontekście omawianego tematu, takie działania o charakterze teoretyczno- praktycznym mają służyć przede wszystkim rozwijaniu świadomości zdrowotnej ludzi i kształtowaniu osobistej odpowiedzialności za zdrowie. Umacnianie zdrowia jako wartości stałej i uniwersalnej, we współczesnym niestabilnym świecie, stanowi dalekosiężną inwestycję, która na pewno w przyszłości zaprocentuje, bowiem, jak podają Z. Jakab¹⁰ oraz A.D. Tsouros¹¹ w dokumencie WHO Zdrowie 2020: *„Dobry stan zdrowia i dobrostan to dwa uniwersalne cele ludzkości, które obecnie uznaje się za podstawowe prawa człowieka i ważne składniki sprawiedliwego rozwoju potencjału ludzkiego, gospodarczego i społecznego, i za zasoby wykorzystywane w życiu codziennym. Oba cele, w coraz większym stopniu, uważane są za główne przesłanki rozwoju i bezpieczeństwa człowieka”¹²”*.

⁸ A. Radzewicz- Winnicki, Pedagogika społeczna, wyd. PWN, Warszawa 2008, s. 67.

⁹ por. Z. Bauman, Płynna nowoczesność, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2006, s. 5-7.

¹⁰ Dyrektor Regionalna Biura Regionalnego WHO na Europę

¹¹ Dyrektor Departamentu Polityki i Zarządzania dla Zdrowia i Dobrobytu, Biura Regionalnego WHO na Europę

¹² Z. Jakab, A.D. Tsouros, Zdrowie 2020- Zdrowie i rozwój współczesnej Europy „Przegląd Epidemiologiczny” 2015; 69: 105-112.

Część I

Zdrowie, kultura masowa, edukacja zdrowotna- teoretyczne przesłanki dla przeprowadzonych badań

Rozdział 1. Zdrowie i jego uwarunkowania

1.1. Konteksty historyczne i definicyjne zdrowia

Zdrowie to pojęcie tak ogólne jak – piękno, spokój, czy prawda, dlatego też stwarza ono ogromne problemy definicyjne. W dyskursie potocznym znaczenie tego terminu wydaje się być oczywiste, jednak próby konceptualizacji zdrowia w dyskursie naukowym nastroczają wiele trudności, w związku z czym powstające koncepcje charakteryzuje znaczna różnorodność. B. Woynarowska wskazuje, iż opracowano już ponad 300 definicji zdrowia, jednakże żadna nie wyczerpuje szerokiej problematyki kryjącej się za tym krótkim pojęciem¹³. Właściwe rozumienie owego terminu jest o tyle ważne, iż zdaniem M. Demela bezpośrednio determinuje koncepcję pracy wychowawczo- zdrowotnej, jest też podstawowym pojęciem edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia jako dziedzin praktycznych¹⁴.

Na przestrzeni wieków próby zdefiniowania pojęcia zdrowia przybierały różne formy, a pierwsze refleksje sięgają starożytności. Grecy i rzymscy filozofowie analizowali zdrowie pod kątem równowagi lub zaburzenia części organizmu. Platon natomiast traktował zdrowie jako funkcję doskonalenia stylu życia, Plutarch zaś za warunek zdrowia uznawał aktywność i wolność. Jednym z pierwszych, któremu udało się uporządkować całokształt poglądów na temat zdrowia, był Hipokrates, nazywany ojcem medycyny europejskiej. Postrzegał on zdrowie i chorobę w kategoriach dobrego i złego samopoczucia. Zależało ono, zdaniem Hipokratesa, od równowagi zewnętrznej między człowiekiem a środowiskiem. Hipokrates nadał więc pojęciu zdrowia subiektywny wydźwięk¹⁵.

Natomiast w epoce średniowiecza krzewieniem oświaty zdrowotnej zajmował się głównie Kościół, wówczas zdrowie ściśle łączono ze zdolnością znoszenia bólu i cierpień jako nieodłącznych elementów ludzkiej egzystencji.

¹³ B. Woynarowska, Zdrowie i czynniki je warunkujące, w: Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania, red. B. Woynarowska, wyd. PWN, Warszawa 2010, s. 234.

¹⁴ M. Demel, O wychowaniu zdrowotnym. wyd. PZWS, Warszawa 1968, s. 69.

¹⁵ E. Syrek, K. Borzucka- Sitkiewicz, Edukacja zdrowotna, wyd. WAiP, Warszawa 2009, s.34.

Poglądy głoszone przez ojca medycyny zostały zanegowane dopiero w momencie pojawienia się filozofii kartezjańskiej. Zgodnie z tą filozofią organizm człowieka był porównywany do wielkiej maszyny. Teoria ta zapewne przyczyniła się do poznania organizmu człowieka, ale równocześnie reakcja na chorego została ograniczona jedynie do naprawiania jego zdrowia. Człowiek chory był postrzegany po prostu jako uszkodzona maszyna biologiczna, którą należało poddać naprawie. Taki pogląd na zdrowie i chorobę redukował wieloaspektowość człowieka jako złożonego bytu koncentrując się wyłącznie na jego fizycznym wymiarze¹⁶.

Istotne przejście do ery nowożytnej nastąpiło wraz z wyłonieniem się poglądów lekarza i filozofa Paracelsusa, który stworzył doktrynę mikro- i makrokosmosu podkreślając jednocześnie, iż zdrowie nie jest dane raz na zawsze przez naturę, tylko musi być stale zdobywane. Natomiast prawdziwy rozkwit zainteresowania tematyką zdrowia w Polsce, miał miejsce w epoce oświecenia, głównie dzięki działalności Komisji Edukacji Narodowej. Ta działalność przyczyniła się między innymi do wprowadzenia nauk o zdrowiu do szkół. W związku z pogarszającą się sytuacją społeczno- ekonomiczną na przełomie XIX i XX wieku oraz szerzącymi się chorobami i niskim stanem higienicznym społeczeństw, popularyzacją zdrowia zajmowali się nie tylko lekarze, ale także pedagodzy i inni działacze społeczni¹⁷. Zatem od drugiej połowy XIX wieku zaczęto postrzegać zdrowie jako jedną z naczelných wartości społecznych. Wówczas jednak zdrowie definiowano głównie w oparciu o biomedyczne koncepcje, zgodnie, z którymi zdrowie to stan optymalnego funkcjonowania ciała- każdego jego organu i każdej jego komórki, w całkowitej harmonii i na optymalnym poziomie¹⁸. W myśl tej definicji, zdrowie utożsamiać można wyłącznie z brakiem choroby, ponieważ to właśnie choroba jawi się jako element zagrażający harmonii i równowadze organizmu. To podejście do definiowania zdrowia charakteryzuje się redukcjonizmem i zdecydowanie nie wyczerpuje złożonej problematyki tego pojęcia

Od połowy XX wieku aż po czasy współczesne w centrum zainteresowania stanął człowiek i to nie wyłącznie w fizycznym wymiarze, lecz w wymiarze holistycznym, czyli wraz ze wszystkimi sferami jego funkcjonowania. W 1941 r. G. Sigerist opublikował autorską koncepcję rozumienia zdrowia, która stanowiła swoistą egemplifikację przejścia od

¹⁶ T.B. Kulik, Koncepcja zdrowia w medycynie, w: Zdrowie publiczne, red. T. B. Kulik, M. Latański, wyd., „Czelej”, Lublin 2002, s. 16.

¹⁷ K. Kowalczevska- Grabowska, Promocja zdrowia w środowisku lokalnym, wyd. UŚ, Katowice 2013, s. 14-15.

¹⁸ B. Ubramowska- Żyto, Socjologiczne koncepcje zdrowia i choroby, w: Socjologia medycyny. Podejmowane problemy. Kategorie analizy, red. A. Ostrowska, wyd. Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2009, s. 66.

redukcjonizmu biomedycznego ku pozytywnemu, nacechowanemu subiektywizmem definiowaniu zdrowia. Stwierdził on, iż zdrowie to złożony stan nieograniczający się wyłącznie do braku chorób, czy dolegliwości, ponieważ „zdrowym może być człowiek, który odznacza się harmonijnym rozwojem fizycznym i psychicznym i dobrze adaptuje się do otaczającego go środowiska społecznego”¹⁹. Taki człowiek realizuje swoje zdolności, dostosowuje się do zmian w otoczeniu i wnosi swój wkład w pomyślność społeczeństwa- stosownie do swoich osobistych możliwości. W tej koncepcji zdrowie to pojęcie pozytywne, warunkujące pełne radości i satysfakcji życie i wypełnianie obowiązków jakie się w nim pojawiają²⁰.

Na bazie koncepcji G. Sigerista w 1947 r. członkowie Światowej Organizacji Zdrowia opracowali nowatorską na ów czas, definicję zdrowia, podając, iż jest „to stan dobrego samopoczucia (dobrostan- *well-being*) fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub kalectwa i niepełnosprawności”²¹.

Nowatorski charakter powyższej definicji wynika między innymi z faktu, iż zdrowie zaczęto pojmować pozytywnie, jako swego rodzaju dobrostan. Ponadto uwzględniono złożoność i wielowymiarowość tego pojęcia, jak i wieloaspektowość samej natury człowieka (aspekt fizyczny, psychiczny i społeczny), a także zwrócono uwagę na subiektywne poczucie zdrowia, stawiając je tym samym ponad mierniki obiektywne²². Natomiast w poczet zarzutów powyższej definicji zdrowia, wpisać można statyczność oraz nierealistyczne, utopijne ujęcie zdrowia, jako pełnego dobrostanu niemożliwego do osiągnięcia²³.

Mimo powyższych zarzutów definicja ta wyznaczyła niejako nowy etap w podejściu do definiowania zdrowia, stała się także punktem wyjścia do tworzenia kolejnych ujęć. W dyskurs nad pojęciem zdrowia zaangażowali się przedstawiciele różnych dyscyplin, dzięki czemu dotychczasowy zakres biomedycznego pojmowania zdrowia został znacznie poszerzony i nabrał interdyscyplinarnego charakteru. Szczególnie znamieną w tym kontekście jest pierwsza socjologiczna definicja sformułowana przez T. Parsonsa ukazująca zdrowie, jako stan optymalnej umiejętności pełnienia przez jednostkę ról i zadań wyznaczonych przez proces socjalizacji²⁴. Innowacyjne dla tej definicji jest wysunięcie na pierwszy plan społecznego aspektu funkcjonowania człowieka i podkreślenie, iż zdrowie jest

¹⁹ E. Bulicz, I. Murawow, Wychowanie zdrowotne. Cz. I Teoretyczne podstawy waleologii, wyd. Politechnika Radomska, Radom, 1997, s. 44.

²⁰ Ibidem, s. 45.

²¹ Demel M., Pedagogika zdrowia „Chowanna” 2002, t.1, s.13-26.

²² Z. Juczyński, Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, Pracownia Testów Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2012, s. 12.

²³ J. Green, K. Tones, Health Promotion. Planning and Strategies, Sage, London 2010, p. 10.

²⁴ B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki, wyd. PWN, Warszawa 2010.

bezpośrednio skorelowane z funkcjonowaniem człowieka w społeczeństwie. Doprecyzowaniem takiego rozumienia zdrowia jest definicja zaproponowana w 1978 r. na Światowej Konferencji Promocji Zdrowia w Alma Acie, w myśl której zdrowie stanowi zdolność do życia produktywnego, sensownego i twórczego w sferze społecznej i ekonomicznej²⁵. Dzięki takim ujęciom zdrowie stało się nie tylko domeną sektora medycznego, ale również innych nauk, na trwałe wpisało się także w poczet wartości istotnych dla kultury określonych społeczeństw.

Współczesne koncepcje na ogół ujmują zdrowie albo jako *właściwość* albo jako *proces*. Z. Słońska i M. Misiuna definiują zdrowie, jako swego rodzaju zdolność człowieka do osiągania pełni możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych oraz reagowania na wyzwania środowiska²⁶. Zatem w tym ujęciu zdrowie zyskuje status dyspozycji umożliwiającej człowiekowi adaptowanie się do określonych warunków środowiskowych i wpisuje się w paradygmat rozwojowo- funkcjonalny, w myśl którego stanowi zasób warunkujący rozwój, ale i umożliwiający radzenie sobie z wyzwaniami. Takie ujęcie zdrowia pozwala również dostrzec w nim pewnego rodzaju potencjał jednostek oraz grup, który właściwie ukierunkowany umożliwia radzenie sobie z wymaganiami, jakie niesie życie²⁷.

W procesualnych ujęciach zdrowia jest ono rozumiane jako proces wykorzystywania potencjałów człowieka (biologicznych, psychologicznych i społecznych), by móc sprostać wymaganiom wewnętrznym i zewnętrznym oraz osiągać cele indywidualne i społeczne bez permanentnego zaburzenia dynamicznej równowagi organizmu²⁸. Znaczący wkład w takie rozumienie zdrowia wniosły rewolucyjne prace A. Antonovsky'ego. Podstawą jego koncepcji jest założenie, iż zdrowie i choroba to dwa przeciwległe bieguny kontinuum, w toku życia człowiek przemieszcza się na owym kontinuum i znajduje się raz bliżej krańca zdrowia, a raz bliżej krańca choroby, rzadko jednak osiągając pozycje skrajne. Oczywiście pomiędzy tymi biegunami istnieje szereg stanów, które należy rozumieć całościowo jako dynamiczny proces równoważenia wymagań i zasobów w toku konfrontacji człowieka ze stresorem²⁹. W tej koncepcji zdrowie nie jest stanem, ani zasobem, lecz dynamicznym procesem przemieszczania się po wyimaginowanym kontinuum. Zatem w ciągu życia człowiek musi

²⁵ E. Korzeniowska, O zdrowiu i jego definicjach "Zdrowie Publiczne" 1988; 99(9): 465-471

²⁶ Z. Słońska, M. Misiuna, Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów, wyd. Agencja Promo-Lider, Warszawa 1993, s. 68.

²⁷ por. I. Heszen. H. Sęk, Psychologia zdrowia, wyd. PWN, Warszawa 2012, s. 48.

²⁸ H. Sęk, Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia, w: Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń, red. Z. Ratajczak, I. Heszen- Niejodek, wyd. UŚ, Katowice 1997, s. 51.

²⁹ A. Antonovsky, Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować, wyd. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005, s. 10-11.

poszukiwać skutecznych sposobów na rozwijanie tkwiących w nim zasobów, by móc radzić sobie z pojawiającymi się na jego drodze życiowej stresorami. Procesualne ujęcie zdrowia zakłada zatem, iż konieczne jest nieustanne utrzymywanie równowagi wobec wymagań, z którymi styka się organizm. Choroba pojawia się w momencie, gdy dochodzi do niewydolności tego procesu³⁰. Wpisując się w dynamiczne ujęcie zdrowia V. Karpowicz postuluje, by pojęcie zdrowia zawsze rozważać w kontekście możliwości rozwoju człowieka za pośrednictwem potencjałów w nim tkwiących³¹.

Z kolei K. Popielski w *noetycznej* koncepcji zdrowia poszerza definiowanie zdrowia o wymiar egzystencjalny, stwierdza bowiem, iż zdrowie i choroba powinny być rozpatrywane całościowo jako elementy wpisujące się niepodważalnie w egzystencję człowieka. Z kolei za chorobę należy uznać wszelkie stany zagrożenia równowagi i potencjału zdrowotnego jednostki³².

W 1984 roku WHO uzupełniło sformułowaną 40 lat wcześniej definicję zdrowia uwzględniając pominięte wcześniej elementy. W nowej, rozwiniętej definicji zdrowia dostrzeżono dynamikę tego procesu stwierdzając, iż stanowi ono jeden z zasobów, dzięki któremu jednostka lub grupa jest zdolna, z jednej strony spełniać swoje aspiracje i zaspokajać potrzeby, z drugiej zaś zmieniać otoczenie lub radzić sobie z otaczającym środowiskiem³³.

W myśl dokumentów WHO dotyczących promocji zdrowia, zdrowie można także pojmować jako swoiste bogactwo społeczeństwa umożliwiające rozwój społeczno-ekonomiczny oraz zapewniające odpowiedni poziom życia. Stanowi także środek do osiągania lepszej jakości życia, którą należy rozumieć jako sprawne i satysfakcjonujące funkcjonowanie do późnej starości. Zdrowie jest także fundamentalnym prawem każdej jednostki³⁴, gwarantowanym konstytucyjnie [*Konstytucja RP Art. 58, punkt 1.* mówi, iż każdemu obywatelowi przysługuje prawo do ochrony zdrowia]. Zdrowie może być ujmowane w kategorii wartości umożliwiającej realizowanie swoich aspiracji i dokonywanie zmian środowiskowych, a także wartości autotelicznej stanowiącej cel owych dążeń. Zatem zdrowie jest traktowane jako wartość pozytywna, do której człowiek dąży, a jej przeciwieństwo stanowi choroba nacechowana pejoratywnie. Takie rozumienie zdrowia okazuje się niezwykle przydatne w edukacji zdrowotnej, gdyż pozwala uzmysłwić, dlaczego nawet ludzie zdrowi

³⁰ Ibidem, s.11.

³¹ L. Buliński, O chorobie w zdrowiu i o zdrowiu w chorobie. Dylematy polityki zdrowotnej, w: *Zdrowie i choroba. W poszukiwaniu wiedzy i pomocy*, red. L. Buliński, wyd. Adam Marszałek, Toruń 2014, s. 14-15.

³² M. Kowlaski, A. Gaweł, *Zdrowie- wartość-edukacja*, wyd. Impuls, Kraków 2006, s. 39.

³³ J.B. Karski, E. Tomaszewska, *Teoria i praktyka wzmacniania działań w promocji zdrowia*, wyd. Ignis, Warszawa 1997, s. 13.

³⁴ E. Syrek, *Środowisko, kultura i zdrowie*, w: *Edukacja zdrowotna*, E. Syrek, K. Borzucka- Sitkiewicz, wyd. Akadmicke i Profesjonalne, Warszawa 2009, s. 47.

powinni podejmować działania na rzecz umacniania swego potencjału. Indywidualne pojmowanie zdrowia jako wartości autotelicznej, a nie instrumentalnej jest ważne zwłaszcza w momencie zaistnienia konfliktu wartości³⁵.

W powyższej analizie przedstawiono następujące sposoby ujmowania zdrowia, jako *stanu, procesu, zasobu, potencjału* oraz *dyspozycji*. Wszystkie omówione sposoby wzajemnie się uzupełniają umożliwiając zrozumienie złożoności owego pojęcia.

Definicje zdrowia można także sklasyfikować ze względu, na to który z jego komponentów aktualnie wysuwa się na pierwszy plan. Zgodnie z tym wyróżniamy definicje *biologiczne, funkcjonalne i biologiczno-funkcjonalne*³⁶. Do pierwszych należą te traktujące zdrowie wyłącznie jako stan somatyczny, mierzalny za pomocą obiektywnych parametrów medycznych. Zdrowie jest tu więc stanem biologiczno-fizjologicznym organizmu- takie ujęcie dominuje głównie w medycynie, epidemiologii i etiologii. Definicje funkcjonalne z kolei są typowe dla socjologii ujmującej zdrowie jako warunek efektywnego uczestnictwa jednostki w życiu społecznym³⁷. W ten paradygmat wpisuje się przytoczona wcześniej definicja T. Parsonsa. Trzeci typ stanowią nawiązujące do tradycji hipokratejskiej definicje biologiczno-funkcjonalne, które syntezują wcześniejsze ujęcia. Przykładem jest przeanalizowana już definicja zdrowia WHO.

Inną, zaczerpniętą z filozofii, typologię definicji zdrowia stanowi podział na definicje *obiektywizujące i subiektywizujące*. Te pierwsze zakładają, iż zdrowie stanowi byt niezależny od ludzkich sądów, natomiast drugi typ definicji czerpie inspiracje z orientacji fenomenologicznej i opiera się na subiektywnych wyznacznikach zdrowia, których fundament stanowią osobiste doświadczenia jednostek³⁸.

Opierając się na filozoficznych podstawach J. Domaradzki wyróżnia także podział definicji zdrowia na *naturalistyczne i normatywne*. Te pierwsze ujmują zdrowie w ramach naturalnych procesów zachodzących w organizmie. Natomiast definicje normatywne zakładają, iż nieodłącznym elementem zdrowia są zawarte w nim sądy wartościujące, zatem nie może ono być terminem neutralnym, lecz zawsze ma charakter kontekstualny³⁹.

³⁵ K. Popielski, Zdrowie i choroba w kontekście bycia, rozwoju i stawania się egzystencji podmiotowo-osobowej, w: Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym, red. K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska, wyd. KUL, Lublin 2010, s. 38. por. I. Heszen, H. Sęk, Psychologia zdrowia ... op. cit., s. 50.

³⁶ E. Korzeniowska, O zdrowiu i jego definicjach "Zdrowie Publiczne" 1988; 99(9): 465-471

³⁷ Wakefield JC. Disorder as harmful dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder „Psychol Rev” 1992; 99(2): 232-247.

³⁸ J. Aleksnadrowicz, W poszukiwaniu definicji zdrowia „Przegląd filozoficzny” 1972; 9 (82), 79-83.

³⁹ J. Domaradzki, O definicjach zdrowia i choroby „Folia Medica Lodziensia” 2013 40/1:5-29.

Interesujący wydaje się być także podział na definicje *atrybutywne i relacyjne*. Nurt atrybutywny traktuje zdrowie jako pewną właściwość przypisaną do jednostki- atrybut jednostkowy. Z kolei ujęcie relacyjne koncentruje się na skomplikowanych uwarunkowaniach zdrowia będącego efektem współoddziaływania właściwości i atrybutów jednostkowych oraz elementów rzeczywistości kulturowej i społecznej⁴⁰. Ogólny podział definicji zdrowia (wraz z opisanym poniżej współczesnym podejściem) obrazuje rysunek 1.

Ryc. 1. Podział podstawowych definicji zdrowia



źródło: opracowanie własne

Nie ulega wątpliwości, iż pojęcie zdrowia musi być rozpatrywane zawsze w określonym kontekście, bowiem odzwierciedla aktualną sytuację społeczno-kulturową danego społeczeństwa oraz zakorzenione w nim wartości, normy i dążenia. M. Sokołowska stwierdza, że „nie jest możliwe określenie zdrowia jako pojęcia abstrakcyjnego i oderwanego od konkretnych warunków. Kryteria zdrowia są historyczne, zmieniają się wraz z sytuacją społeczną, warunkami środowiskowymi, z normami i zwyczajami określonych zbiorowości.

⁴⁰ Ibidem, s. 20-21.

Są też zależne od dążeń i wartości, jakie kierują życiem ludzi”⁴¹. Definiowanie zdrowia ma zatem sens tylko wówczas, gdy odnosi się do określonej osoby lub grupy przebywającej w określonym środowisku, ma więc, jak określa M. Sokołowska, „różne znaczenie dla różnych ludzi”⁴².

Można zatem rzec, iż w najnowszych ujęciach zdrowia zakłada się, że u jego podstaw leży złożony i różnorodny zespół czynników. Zdrowie stanowi wynik interakcji między czynnikami biologicznymi, psychologicznymi, społecznymi, cywilizacyjnymi i kulturowymi. Takie ujęcie implikuje podejście interdyscyplinarne, ukierunkowane na postrzeganie zdrowia nie tylko w kategoriach biologicznych i medycznych, ale również kulturowych i społecznych, bowiem kategorie te istotnie zdrowie determinują. Współczesne *interakcyjne* i *interdyscyplinarne* rozumienie zdrowia, wymaga dogłębnego przeanalizowania wszystkich jego wymiarów i modeli, by móc czerpać z nich inspiracje zarówno dla teorii jak i praktyki medycyny, pedagogiki i promocji zdrowia, bowiem autentycznym i wspólnym celem wszystkich tych dyscyplin powinno być właśnie zdrowie.

Kolejny podrozdział zawiera przegląd poszczególnych modeli zdrowia stanowiących zarówno podstawę jak i doprecyzowanie omówionych wcześniej koncepcji zdrowia i różnych sposobów jego definiowania. Omówione zostaną także poszczególne wymiary zdrowia charakterystyczne dla modelu holistycznego.

1.2. Wielowymiarowość zdrowia i przegląd jego głównych modeli

Na wstępie rozważań nad modelami zdrowia konieczne jest wyjaśnienie samego pojęcia *model*. W *Słowniku Psychologicznym* W. Szewczuk definiuje ten termin, jako uproszczoną konstrukcję o charakterze hipotetycznym, która przedstawia w sposób schematyczny przedmiot, stan rzeczy lub proces⁴³. W kontekście złożoności pojęcia zdrowia, model może stanowić swoisty opis jego głównych założeń⁴⁴.

Tradycyjnym modelem zdrowia stanowiącym podstawę medycyny naukowej końca XIX i początku XX wieku jest *model biomedyczny*. Fundamentem tego modelu jest filozofia kartezyjańska, czyli mechanistyczna teoria przyrody. Model biomedyczny opiera się na kilku głównych założeniach owej filozofii. Istotą teorii Kartezjusza jest *dualizm*, czyli podział

⁴¹ M. Sokołowska, *Granice medycyny*, wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa 1980.

⁴² por. J. Domaradzki, O definicjach zdrowia i choroby „Folia Medica Lodziensia” 2013 40/1:5-29.

⁴³ W. Szewczuk, *Słownik psychologiczny*, wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa 1985, s. 158.

⁴⁴ por. B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...* op.cit., s. 26.

świata (oraz człowieka) na dwie odrębne sfery: sferę ducha (przypisaną naukom humanistycznym) oraz sferę materii (właściwą dla nauk przyrodniczych). Świat materii przypomina maszynę, w związku z czym rządzą nim prawa mechaniki⁴⁵.

W modelu tym zdrowie jest kategorią zobiektywizowaną, ograniczoną wyłącznie do braku dysfunkcji organizmu, jako maszyny, której wszystkie elementy zgodnie funkcjonują. Funkcje i procesy biologiczne są znormalizowane przez medycynę, dysponującą licznymi metodami analizy materiału biologicznego i procesów biochemicznych. Model ten jest przypisany medycynie naprawczej, w której profesjonaliści nie zajmują się pojęciem zdrowia, ani ludźmi zdrowymi. Tak więc wyróżnikiem tego modelu jest *orientacja patogenetyczna*, czyli ukierunkowana wyłącznie na chorobę, zdrowie jest zatem rozumiane wyłącznie jako brak choroby- nie ma stanów pośrednich między zdrowiem, a chorobą. Z kolei w przypadku wystąpienia dysfunkcji organizmu, powrót do normalnego funkcjonowania człowieka jest całkowicie uzależniony od profesjonalistów z zakresu medycyny, jedynym zadaniem chorego jest podporządkowanie się zaleceniom. W modelu biomedycznym zdrowie jest skorelowane wyłącznie z wyposażeniem genetycznym i strukturą biologiczną organizmu⁴⁶.

Podstawowym zarzutem stawianym modelowi biomedycznemu jest *redukcjonizm* w podejściu do człowieka oraz do definiowania zdrowia i choroby. Nie ulega jednak wątpliwości, iż model ten przyczynił się do rozwoju wielu istotnych dziedzin i metod związanych między innymi z genetyką. Jednak pomija istotne osobowościowe, behawioralne, środowiskowe i kulturowe uwarunkowania zdrowia i choroby, ponadto nie uwzględnia złożoności natury człowieka oraz zakłada bierną postawę jednostki wobec własnego zdrowia⁴⁷. Na krytyce biomedycznego modelu zdrowia wyrosły kolejne nurty, jednak niektóre elementy podejścia biomedycznego są nadal aktualne i uzupełniają inne współczesne modele zdrowia.

W drugiej połowie XX wieku zrodziło się odmienne spojrzenie na człowieka i jego rzeczywistość- w centrum zainteresowania stanął człowiek w ujęciu holistycznym, czyli całościowym (z gr. *hólos- cały, kompletny*). Podstawą *holistycznego modelu zdrowia* jest systemowe podejście do ujmowania zdrowia i choroby⁴⁸, system zaś należy rozumieć jako swoistą całość, zespół różnych elementów powiązanych ze sobą i na siebie oddziałujących.

⁴⁵ Ibidem, s.26

⁴⁶ I. Heszen, H. Sęk, Psychologia zdrowia... op. cit., s. 62.

⁴⁷ M. Kowalski, A. Gawel, Zdrowie- wartość-edukacja, wyd. Impuls, Kraków 2006, s. 17.

⁴⁸ B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna ...op.cit., s. 27.

System nie może być rozpatrywany wyłącznie jako całość będąca sumą jej elementów składowych⁴⁹.

W myśl holistycznego modelu zdrowia człowiek stanowi żywy system, niepodzielną całość złożoną z wzajemnie zależnych i oddziałujących na siebie podsystemów. Człowiek wchodzi także w skład szerszych podsystemów będących częściami składowymi jego rzeczywistości. Zatem holizm w modelu tym może być rozpatrywany w sposób dwójaki- w rozumieniu węższym odnoszącym się do organizmu człowieka jako systemu i w rozumieniu szerszym- ujmującym człowieka jako część większego systemu⁵⁰.

Model holistyczny zakłada istnienie kilku powiązanych ze sobą wymiarów zdrowia przypisanych niejako poszczególnym sferom funkcjonowania człowieka, na które wskazuje omówiona w poprzednim podrozdziale definicja zdrowia WHO:

1. *Zdrowie fizyczne (physical health)*, czyli prawidłowe funkcjonowanie organizmu człowieka- jego poszczególnych narządów oraz układów.
2. *Zdrowie psychiczne (mental health)*, czyli stopień integracji osobowości. W tym wymiarze można wyróżnić:
 - zdrowie umysłowe (*mental health*)- zdolność do logicznego myślenia,
 - zdrowie emocjonalne (*emotional health*)- zdolność do właściwego rozpoznawania, przeżywania i wyrażania uczuć.
3. *Zdrowie społeczne (social health)*, czyli zdolność do utrzymywania prawidłowych relacji interpersonalnych oraz właściwego pełnienia ról i zadań wyznaczonych w procesie socjalizacji⁵¹.

W późniejszym czasie dostrzeżono potrzebę wpisania w poczet wymiarów zdrowia kolejnych jego aspektów. Obecnie wymienia się także *zdrowie duchowe (spiritual health)* rozumiane jako doświadczenie wewnętrznego spokoju i zgody z samym sobą oraz wdrażanie w życie zasad i przekonań religijnych lub moralnych. Dla ludzi wierzących związane jest z praktykami i wartościami charakterystycznymi dla określonej religii, z kolei dla ludzi niewierzących wynika z praw natury lub osobistego „kredo”⁵². Współcześnie podkreśla się również istotność *zdrowia seksualnego (sexual health)* polegającego na prawidłowym rozwoju seksualnym, równych i odpowiedzialnych relacjach partnerskich, satysfakcji

⁴⁹ M. Lubański, Informacja- system, w: Zagadnienia filozoficzne współczesnej nauki, red. M. Heller, M. Lubański, S.W. Ślaga, wyd. ATK, Warszawa 1982, s. 15.

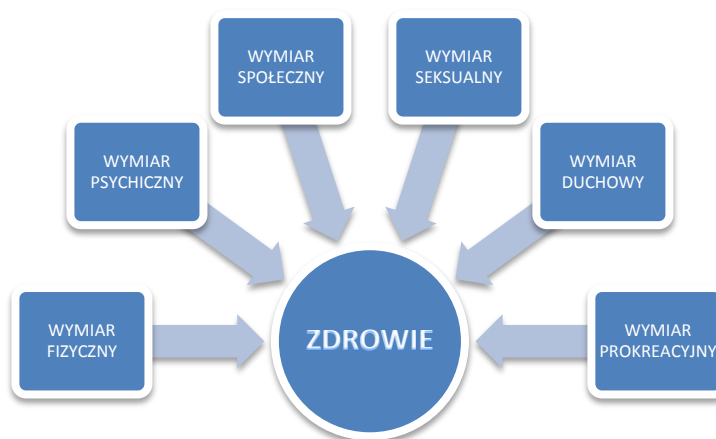
⁵⁰ G.D. Bishop, Psychologia zdrowia, wyd. Astrum, Wrocław 2000, s. 46.

⁵¹ K. Borzucka- Sitkiewicz, Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia, wyd. Impuls, Kraków 2006, s. 9-10.

⁵² Ibidem, s. 10. por. I. Heszen. H. Sęk. Psychologia zdrowia, s. 72.

seksualnej, wolności od chorób, niedomagań, niemocy seksualnej, przemocy i innych krzywdzących praktyk związanych z seksualnością. W literaturze przedmiotu funkcjonuje także pojęcie *zdrowia prokreacyjnego* (*reproductive health*), które z kolei oznacza, iż ludzie mogą prowadzić bezpieczne, odpowiedzialne i satysfakcjonujące życie seksualne, mają zdolność do prokreacji, jak również swobodę w podejmowaniu decyzji związanych z posiadaniem potomstwa⁵³. Dopiero takie ujęcie człowieka i jego zdrowia daje możliwość pełnego oddziaływania na rzecz zdrowia, zarówno przez profesjonalistów, jak i przez jednostki świadome osobistej odpowiedzialności za swój stan zdrowia.

Ryc. 2. Wymiary zdrowia w modelu holistycznym



źródło: opracowanie własne

W psychologii zdrowia funkcjonuje zamiennie *holistyczno- funkcjonalny model zdrowia*, o którym piszą I. Heszen i H. Sęk. W modelu tym zdrowie jest pojmowane jako proces adaptacyjny zmierzający do zachowania równowagi między systemami (zarówno w wąskim, jak i w szerokim sposobie ich rozumienia)⁵⁴. Ujmowanie zdrowia i choroby zgodne z modelem holistyczno- funkcjonalnym ma swoje egemplifikacje w konkretnych badaniach dotyczących np. znaczenia sfery psychicznej i behawioralnej w etiopatogenezie różnych chorób somatycznych⁵⁵. Zdrowie w modelu holistyczno- funkcjonalnym jest efektem relacji

⁵³ Lew- Starowicz Z., Zdrowie seksualne: historia, kryteria, promocja, w: Zdrowie seksualne, red. J. Rzepka, wyd. Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Mysłowicach, Mysłowice 2007, s. 8-9.

⁵⁴ I. Heszen, H. Sęk, Psychologia zdrowia... op. cit. s. 63.

⁵⁵ por. K. Wrześniewski, Styl życia a zdrowie, wyd. Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 1993. Pozycja ta zawiera wnikliwą analizę korelacji między pewnym wzorem zachowań, nazwanym Wzorem Zachowania A, a ryzykiem rozwoju choroby niedokrwiennej serca.

poszczególnych struktur funkcjonalnych człowieka oraz człowieka z jego otoczeniem, dlatego należy je rozumieć, jako proces równoważenia się potrzeb człowieka i wymagań otoczenia. Na proces ten mają wpływ również zasoby i deficyty człowieka oraz jego otoczenia. Wyróżnikiem tego modelu jest przypisywanie ogromnej roli świadomej aktywności podmiotu w zakresie działań na rzecz zdrowia⁵⁶. Porównanie modelu biomedycznego i holistycznego (holistyczno-funkcjonalnego) zawiera poniższa tabela.

Tabela 1. Porównanie modelu biomedycznego i holistycznego

	MODEL BIOMEDYCZNY	MODEL HOLISTYCZNY
Pojmowanie człowieka:	Redukcjonistyczna wizja człowieka jako maszyny- ograniczenie wyłącznie do wymiaru fizycznego	Systemowe ujęcie człowieka i jego rzeczywistości. Uwzględnienie złożoności natury człowieka
Podejście do definiowania zdrowia i choroby:	Zdrowie i choroba jako pojęcia wysoce zobiektywizowane. Zdrowie pojmowane wyłącznie jako brak choroby, a choroba jako dysfunkcja biologiczna.	Zdrowie i choroba to pojęcia subiektywne. Zdrowie pojmowane procesualnie, dynamicznie i relacyjnie jako równoważenie się zasobów i wyzwań oraz przystosowywanie się człowieka do wymagań wewnętrznych i zewnętrznych.
Punkt wyjścia do rozważań nad problematyką zdrowia i choroby:	Podejście patogenetyczne- skupiające się wyłącznie na chorobie i jej przebiegu.	Podejście salutogenetyczne, którego punktem wyjścia jest zdrowie
Podejście do procesu zdrowienia:	Bierność osoby chorej. Odpowiedzialność za leczenie i powrót do zdrowia leży na barkach profesjonalistów z zakresu medycyny oraz w procedurach i metodach <i>stricte</i> medycznych.	Aktywność podmiotu, zaangażowanie w sprawy własnego zdrowia, osobista odpowiedzialność za zdrowie.

źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Kowalski, A. Gawel, Zdrowie- wartość-edukacja, wyd. Impuls, Kraków 2006, s. 17-19.

⁵⁶ E. Syrek, Środowisko, kultura i zdrowie... op. cit., s. 45.

Istotną cechą odróżniającą model holistyczny od biomedycznego jest *salutogeneza*, czyli pojęcie antagonistyczne do *patogenezy*. Podejście patogenetyczne zakłada, iż stanem normalnym organizmu jest porządek i homeostaza. Po naruszeniu stanu dynamicznej równowagi, organizm uruchamia różne mechanizmy autoregulacyjne, by ten stan równowagi przywrócić. Kiedy organizm nie jest w stanie powrócić do stanu homeostazy, pojawia się choroba, a leczenie ma przywrócić lub zastąpić owe mechanizmy regulacyjne. Zatem podstawowe pytanie w podejściu patogenetycznym brzmi: „*Co jest przyczyną chorób?*” Paradygmat salutogenetyczny zaś zakłada, że stanem normalnym organizmu jest entropia i nieuporządkowanie w związku z wpływem na organizm zmiennych warunków wewnętrznych i zewnętrznych. Zatem w tym podejściu kluczowe pytanie brzmi: „*Dlaczego ludzie mimo działania szkodliwych czynników zachowują zdrowie lub w razie choroby powracają do zdrowia?*”⁵⁷.

Salutogenetyczny model zdrowia został opracowany przez wspomnianego już w poprzednim podrozdziale A. Antonovsky’ego- twórcy procesualnego ujęcia zdrowia i choroby jako punktów skrajnych kontinuum. W myśl modelu salutogenetyczne istnieją pewne czynniki które, pozwalają zachować zdrowie lub przyspieszają proces zdrowienia. Do czynników tych A. Antonovsky zalicza *uogólnione zasoby odpornościowe*, rozumiane, jako biologiczne i psychologiczne właściwości jednostki oraz cechy społeczno- kulturowe, czyli wszystko to co pomaga radzić sobie ze stresorami. Ponadto autor za główną siłę będącą niejako kluczem do zdrowia uznaje *poczucie koherencji* (*sense of coherence*), czyli pewien konstrukt o charakterze poznawczo- instrumentalno- motywacyjnym. stanowiący „globalną orientację człowieka wyrażającą stopień, w jakim człowiek ten ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że: bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalny i wytłumaczalny; ma dostęp do środków, które mu pozwolą sprostać wymaganiom, jakie stawiają te bodźce; wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania”⁵⁸. Ta globalna orientacja jednostki składa się z trzech komplementarnych elementów: *rozumiałość* (*comprehensibility*), mająca charakter poznawczy i stanowiąca trwałą zdolnością do rozumienia otaczającego jednostkę świata. *Zaradność* (*manageability*) będąca składnikiem o charakterze poznawczo- instrumentalnym. Człowiek dzięki ocenie poznawczej stwierdza, czy posiadane przez niego zasoby pozwolą mu poradzić sobie

⁵⁷ B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna op. cit....s. 32-33. por. A. Antonovsky, Rozwikłanie tajemnicy zdrowia...op.cit.,s.10-16.

⁵⁸ T. Pasikowski, Struktura i funkcje poczucia koherencji: analiza teoretyczna i empiryczna weryfikacja, w: Zdrowie- Stres- Zasoby, red. H. Sęk, T. Pasikowski, Poznań 2001, s. 71-87.

z sytuacją, w jakiej się znalazł, co ma bezpośredni wpływ na jego postawę. *Sensowności*, czyli element o charakterze emocjonalno- motywacyjnym. Można ją określić, jako stopień w jakim człowiek czuje, że życie ma sens, a przynajmniej część pojawiających się w nim wymagań, warta jest wysiłku. Coraz więcej współczesnych badaczy łączy ów konstrukt z wieloma aspektami zdrowia człowieka- zarówno z wymiarem fizycznym, jak i psychicznym oraz społecznym⁵⁹.

Z kolei doprecyzowaniem ujęcia holistycznego jest funkcjonujący współcześnie, a powstały w latach 70. XX wieku, *socjoekologiczny (społeczno-ekologiczny) model zdrowia*, podkreślający znaczenie poszczególnych systemów oraz omawiający ich hierarchiczność. Model ten powstał na gruncie socjologii zdrowia, w wyniku dyskursu nauk przyrodniczych i społecznych, w związku z rozwijającymi się podstawami promocji zdrowia. Głównym założeniem modelu socjoekologicznego jest istnienie całego spektrum systemów od tych najbardziej ogólnych, aż po te bardzo szczegółowe. Istotnym elementem jest zwrócenie uwagi na hierarchiczność owych systemów, gdzie każdy podsystem jest częścią większego i pozostaje z nim we wzajemnym oddziaływaniu. Model ten ma ścisły związek z czynnikami warunkującymi zdrowie człowieka, gdyż pozwala zrozumieć, iż to właśnie oddziaływanie poszczególnych systemów ma istotny wpływ na stan zdrowia człowieka⁶⁰. Model ten jest zatem w pełni holistyczny, bowiem poszerza perspektywę biopsychospołeczną o wiele innych podsystemów, zwłaszcza związanych ze środowiskiem socjokulturowym i ekologicznym.

Wszelkie ustalenia i analizy w ramach modelu socjoekologicznego odnoszą się nie tylko do grup ryzyka, ale zwłaszcza do ludzi zdrowych, w celu dostarczania informacji na temat zdrowia rozpatrywanego w kontekście ich życia codziennego, z uwzględnieniem całego spektrum czynników warunkujących zdrowie⁶¹.

Dopiero pełne zrozumienie oddziaływania wszystkich tych czynników, czyli całościowa analiza determinantów zdrowia, pozwala na planowanie działań związanych z umacnianiem zdrowia jednostek oraz całych populacji.

Kolejny podrozdział zawiera dogłębną analizę czynników warunkujących zdrowie biorąc pod uwagę poszczególne podsystemy wyróżnione w socjoekologicznym modelu zdrowia będącym podstawą promocji zdrowia.

⁵⁹ A. Antonovsky, Rozwikłanie tajemnicy zdrowia...op.cit.,s. 31-37.

⁶⁰ T.B. Kulik, Koncepcja zdrowia w medycynie, w: Zdrowie w medycynie i naukach społecznych... op. cit., s. 17.

⁶¹ Ibidem s.17

1.3. Koncepcje i modele czynników warunkujących zdrowie

Kształtowanie się *socjoekologicznego* modelu zdrowia i koncepcji holistycznej, miało związek z odejściem od biomedycznego i prosomatycznego definiowania zdrowia, w którym to jedynie medycynie naprawczej przypisywano możliwość walki z chorobami. Pojawiające się, w związku z rozwojem idei promocji zdrowia, nowe koncepcje zdrowia podkreślają, iż nie jest ono stanem danym raz na zawsze, a ponadto dobre zdrowie może przyczynić się do osiągnięcia satysfakcji życiowej i sukcesu. Zauważono zatem, iż zdrowie ma zwłaszcza wymiar jednostkowy- budowanie zdrowia całych populacji należy rozpocząć od wzmacniania zdrowia poszczególnych jej członków i uświadamiania osobistej odpowiedzialności za zdrowie⁶². Ponadto w XX wieku zauważono znaczące zmiany w obrazie chorób w populacjach wysokorozwiniętych. Otóż dominujące niegdyś choroby zakaźne zostały zastąpione chorobami przewlekłymi, warunkowanymi głównie rozwojem cywilizacyjnym i niekorzystnymi zmianami środowiskowymi. Zaczęto zatem poszukiwać pozamedycznych metod ochrony zdrowia⁶³.

Momentem przełomowym dla zmiany postrzegania czynników warunkujących zdrowie ludzi, był raport ministra zdrowia Kanady M. LaLonde (1974 r.), w którym to przeniesiono akcent z działań medycznych na szerszy kontekst społeczny i wskazano na konkretne zmiany jakie należy poczynić w zakresie prowadzenia polityki zdrowotnej. W raporcie tym M. LaLonde zaakcentował potrzebę radykalnej zmiany w podejściu do postrzegania uwarunkowań zdrowia i konieczność współpracy międzysektorowej w celu jego ochrony. Wskazał zatem na szersze rozumienie zdrowia jako stanu, który nie może być osiągany tylko przez koncentrację funduszy dla poszerzania infrastruktury i świadczeń medycyny naprawczej, ponieważ zdrowie to wynik działania wielu czynników, między innymi czynników związanych z dziedziczeniem genetycznym, środowiskiem, stylem życia i opieką medyczną. Promowanie zdrowego stylu życia może wpłynąć na poprawę stanu zdrowia i ograniczyć zapotrzebowanie na opiekę medyczną⁶⁴.

Biorąc pod uwagę powyższe czynniki, M. LaLonde zaproponował koncepcję „*pól zdrowia*”(zwanych też *kołem LaLonde’a*) opartych o cztery grupy czynników determinujących zdrowie jednostki i odnoszących się do krajów wysokorozwiniętych:

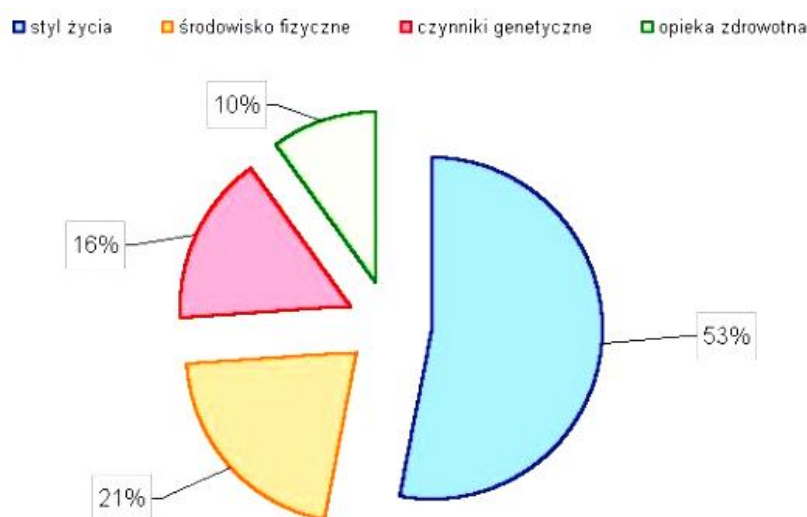
⁶² B. Woynarowska, Zdrowie, edukacja zdrowotna, promocja zdrowia, w: Biologiczne i metodyczne podstawy rozwoju i wychowania, red. A. Jaczewski, wyd. Żak, Warszawa 2001, s. 109.

⁶³ J. Green, K. Tones, Health Promotion... op. cit., s. 83.

⁶⁴ M.J. Wysocki, M. Miller, Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne, „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, 57, s. 505-512.

1. **Styl życia** (ok. 50- 60%): sposób życia obrany przez jednostkę, który może ona modyfikować.
2. **Środowisko** (ok. 20%): wszystkie jego elementy, zewnętrzne w odniesieniu do ciała ludzkiego, na które jednostka ma ograniczony wpływ (w tym czynniki chemiczne, fizyczne, psychospołeczne).
3. **Biologia człowieka** (ok. 20%): wszystkie cechy związane z biologią organizmu ludzkiego, na które jednostka nie ma wpływu (w tym czynniki genetyczne, rozwój, dojrzewanie, starzenie, czynniki adaptacyjne, regulacje homeostatyczne).
4. **Organizacja opieki medycznej** (10-15%): dostępność, jakość, organizacja opieki medycznej⁶⁵.

Ryc. 3. Koncepcja "pól zdrowia"



źródło: opracowanie własne na podstawie: B. Bik, Koncepcja promocji zdrowia, w: Zdrowie publiczne cz. II, red. A. Czupryna, S. Paździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk, wyd. Vesalius, Kraków 2001, s. 214-215.

Widać zatem wyraźnie, iż styl życia przejawiany przez daną jednostkę w największym stopniu determinuje jej zdrowie (aż 50-60% wpływu). Z kolei opieka medyczna, stawiana niegdyś na piedestale i postrzegana, jako jedyna broń w walce z chorobami, determinuje zdrowie człowieka zaledwie w 10-15%.

Koncepcja *pól zdrowia* przyczyniła się do rozwoju socjoekologicznego modelu zdrowia, jednak nie uwzględniono w niej jakże istotnej relacyjności poszczególnych pól. W latach 80. XX wieku Departament Zdrowia Publicznego w Toronto opracował tzw.

⁶⁵ B. Bik, Koncepcja promocji zdrowia, w: Zdrowie publiczne cz. II, red. A. Czupryna, S. Paździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk, wyd. Vesalius, Kraków 2001, s. 214-215.

Mandale zdrowia (Mandala of health), czyli zbudowany na planie koła *model ekosystemu człowieka* wyjaśniający skomplikowane sieci powiązań między człowiekiem a środowiskiem. Analiza owego graficznego modelu nadal daje profesjonalistom oraz zwykłym ludziom, wgląd w szerokie spektrum czynników warunkujących zdrowie, pozwala także dostrzec skomplikowane powiązania między nimi. Zatem jest to model holistyczny oraz dynamiczny, bowiem poszczególne czynniki wpływają na stan zdrowia człowieka, jednak mogą (w mniejszym lub większym stopniu) być przez niego modyfikowane. Ponadto cechą Mandali jest również interakcyjność, czyli współoddziaływanie poszczególnych kręgów na człowieka oraz na siebie nawzajem⁶⁶.

W centrum owej Mandali znajduje się *człowiek* (złożony z ciała, umysłu i ducha), otoczony jest przez szereg kręgów determinujących (w różnym stopniu) jego zdrowie. Kręgi najbliższe człowiekowi w największym stopniu determinują zdrowie danego człowieka, a pierwszym najbliższym kręgiem jest oczywiście *rodzina*. To właśnie w rodzinie dokonuje się proces socjalizacji pierwotnej, stanowi ona swoiste miejsce wśród różnych środowisk funkcjonowania człowieka i podstawowy kontekst rozwojowy, wspomagający procesy rozwojowe swych członków w toku bezpośrednich i długotrwałych interakcji, które oparte są na bliskiej więzi⁶⁷. Jako podstawowa grupa odgrywa zatem kluczową rolę w kształtowaniu się systemu wartości, a także postaw wobec zdrowia oraz stylu życia. Jest również najważniejszą strukturą pośredniczącą między jednostką, a wszelkimi instytucjami społecznym i kulturowymi⁶⁸.

W Mandali zdrowia wyróżniono cztery grupy czynników mających zasadniczy wpływ na zdrowie jednostki oraz rodziny. Pierwsza grupa czynników to te związane z *biologią człowieka*, czyli uwarunkowania genetyczne, wrodzone dyspozycje, system immunologiczny, cechy fizjologiczne oraz anatomiczne. Kolejna grupa czynników to z kolei *zachowania indywidualne* będące elementami pewnych zespołów zachowań charakterystycznych dla danej grupy, są to dieta, palenie papierosów, spożywanie używek, zachowania prewencyjne, etc. Istotną grupę uwarunkowań zdrowia jednostki i rodziny stanowią różne elementy *środowiska fizycznego* (warunki mieszkaniowe, praca, otoczenie) oraz *psycho-socjo-*

⁶⁶ E. Syrek, Środowisko, kultura i zdrowie... op. cit. s. 44. por. T. Hancock, F. Perkins, The Mandala of health: A conceptual model and teaching tool. Health Promotion, in: Health Promotion. A resource book, eds. R. Anderson, J. Kickbusch, World Organization Regional Office for Europe, Copenhagen 1990, p. 8-10.

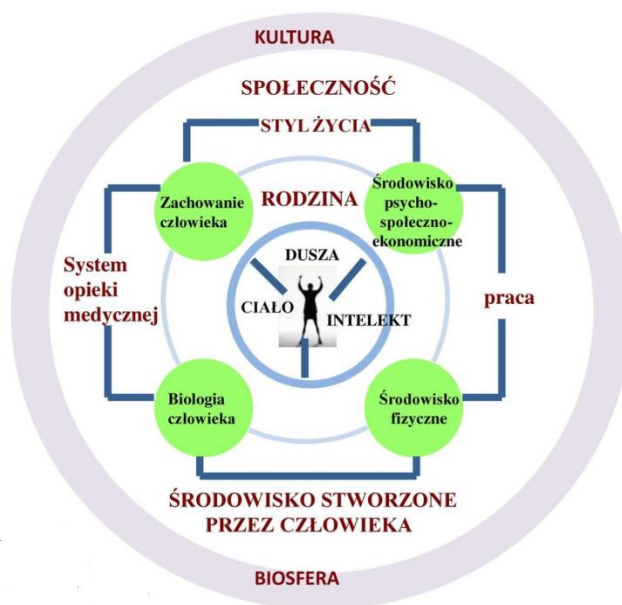
⁶⁷ L. Bakier, Rodzicielstwo a rozwój dorosłych w wieku średnim, w: Rodzina a rozwój człowieka dorosłego, red. B. Harwas-Napierała, wyd. UAM, Poznań 2003, s. 47.

⁶⁸ por. M. Kowalski, A. Gawęł, Zdrowie-wartość-edukacja... op. cit. s. 36.

ekonomicznego (status społeczny i ekonomiczny, wsparcie społeczne, podatność na wpływy)⁶⁹.

Kolejnymi kręgami, czyli jednocześnie determinantami zdrowia mającymi wpływ na wszystkie poprzednie są: *styl życia*, *opieka zdrowotna*, *praca lub jej brak* oraz *środowisko przekształcane przez człowieka* (w związku z procesami urbanizacja i uprzemysłowienia). Najszerszymi kręgami znajdującymi się w zewnętrznej części Mandali są *kultura* (postawy i przekonania zależne od danej kultury) oraz *biosfera* (w jej skład wchodzi wszystkie organizmy żywe a człowiek jest jej nieodłączną częścią)⁷⁰. W modelu ekosystemu człowieka zdrowie jest więc ujmowane biorąc pod uwagę jego istotę, czyli dynamiczną równowagę. Równowaga ta odnosi się do prawidłowej relacji między poszczególnymi sferami funkcjonowania człowieka, a warunkiem jej utrzymania jest oczywiście potencjał zdrowotny określający granice możliwych odstępstw od stanu harmonii. Co istotne, człowiek może ten potencjał doskonalić oraz modyfikować jego uwarunkowania, zatem ponosi największą odpowiedzialność za swój stan zdrowia. W Mandali zdrowia uwzględniono również pojęcie *społecznej dystrybucji zdrowia*, czyli nierównego dostępu do zdrowia, który może ograniczać umacnianie potencjału, bowiem jest zależny od położenia geograficznego i społecznego⁷¹. Mandalę zdrowia w postaci graficznej przedstawia poniższy rysunek.

Ryc. 4. Mandala zdrowia



źródło: opracowanie własne na podstawie Z. Słońska, *Promocja zdrowia- zarys problematyki*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, nr 1-2, s.40

⁶⁹ B. Bik, *Koncepcja promocji zdrowia...* op. cit., s. 215-216.

⁷⁰ Z. Słońska, *Promocja zdrowia- zarys problematyki*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, nr 1-2, s.40

⁷¹ K. Borzucka- Sitkiewicz, *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna...* op. cit. s. 13.

W kwestii uwarunkowań zdrowia bardzo ciekawa wydaje się koncepcja *resilience* autorstwa N. Gamazy, M. Rutter, E.E. Werner. Podstawą tej koncepcji jest wyodrębnienie pewnych *czynników chroniących* mających pozytywny wpływ na zdrowie oraz *czynników ryzyka* mogących zwiększać szansę występowania pewnych niebezpiecznych dla zdrowia zachowań. Owe czynniki chroniące mają także moc redukcji wpływu czynników ryzyka. *Resilience* to pewien konstrukt niebędący żadną indywidualną właściwością jednostki, lecz procesem pozytywnej adaptacji występującym zwłaszcza u osób narażonych na negatywną sytuację życiową. Pozytywna adaptacja może przejawiać się w kompetencjach społecznych, realizacji zadań rozwojowych oraz niewystępowaniu zaburzeń behawioralnych i emocjonalnych. Na podstawie badań zidentyfikowano czynniki chroniące będące fundamentem procesu pozytywnej adaptacji. Czynniki te mają postać zasobów zogniskowanych wokół trzech poziomów:

-*Zasoby indywidualne*: zdolności poznawcze, temperament, mechanizmy samokontroli, umiejętności społeczne, optymizm, pozytywny obraz siebie, procesy motywacyjne.

-*Zasoby będące wynikiem relacji z najbliższym otoczeniem*: relacje z rodzicami, konstruktywni rówieśnicy, kompetentni i życzliwi dorośli.

-*Zasoby społeczności lokalnej*: dobra szkoła, przyjazne sąsiedztwo i bezpieczna okolica, zaangażowanie w pozytywne działania⁷².

Koncepcja ta wskazuje zatem na pewne indywidualne oraz społeczne uwarunkowania mające bezpośredni wpływ na zdrowie poprzez redukcję bądź zwiększenie ryzyka podejmowania zachowań mogących zdrowiu szkodzić. O ile jednak owe zasoby osobowe można doskonalić, to tych tkwiących w otoczeniu można jedynie poszukiwać, bowiem najczęściej na ich kształtowanie jednostka ma ograniczony wpływ.

Koncepcja *pól zdrowia* oraz *Mandala zdrowia* zainicjowały zmianę podejścia do polityki zdrowotnej na świecie, uświadomiły bowiem, iż poprzez dokonywanie pozytywnych zmian w swoim życiu ludzie mogą rozwijać swój zdrowotny potencjał. Z czasem jednak odkryto, iż istnieje wiele czynników socjoekonomicznych, które warunkują zdrowie większych grup społecznych, ale są niezależne od samych jednostek. Dlatego po 20 latach od wydania słynnego raportu M. Lalonde, w strategii „*Inwestycja dla zdrowia Kanadyjczyków*”

⁷² K. Ostaszewski, Druga strona ryzyka, „Remedium” 2005 nr 2, s.1-3.

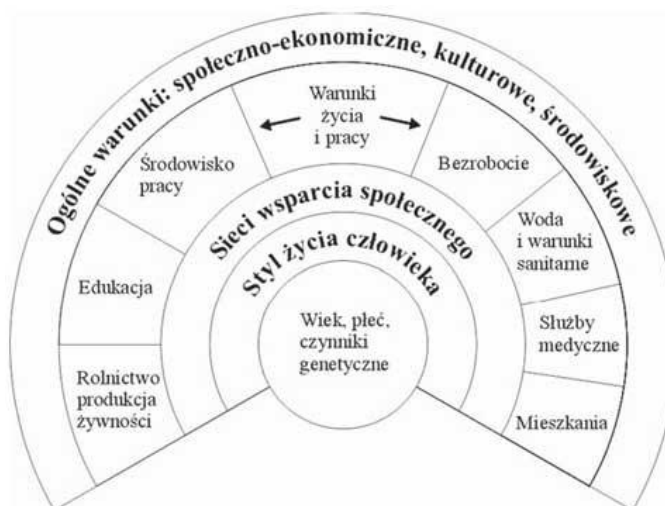
wyszczególniono te czynniki. Wiele z nich pokrywa się z kręgami występującymi w Mandali zdrowia, a są to:

- *status społeczny i ekonomiczny*: zarobki i pozycja społeczna, co warunkuje świadomość zdrowotną oraz dostępność do wielu środków ułatwiających dbałość o zdrowie;
- *wsparcie społeczne*: w rodzinie, wśród przyjaciół oraz w lokalnej społeczności; warunkuje postawę wobec zdrowia oraz w obliczu choroby;
- *edukacja*: wysoka jakość edukacji sprzyja dobremu zatrudnieniu i może warunkować wyższy status społeczno- ekonomiczny oraz umożliwia świadome kierowanie swym życiem;
- *praca i jej warunki*: niekorzystne warunki pracy mogą bezpośrednio wpływać na rozwój wielu chorób i zaburzeń, z kolei brak zatrudnienia pośrednio wpływa na pogarszanie się stanu zdrowia we wszystkich jego wymiarach;
- *środowisko fizyczne*: w jego skład wchodzi środowisko naturalne oraz to tworzone przez człowieka;
- *biologia człowieka*: geny, płeć biologiczna i społeczna (*gender*), wiek, cechy fizjologiczne;
- *zachowania zdrowotne i sposoby radzenia sobie*: są zależne od czynników socjokulturowych (co zostało szerzej omówione w ostatnim podrozdziale) i wpływają na zdrowie w sposób bezpośredni;
- *prawidłowy rozwój w okresie dzieciństwa*: okres ten determinuje dalszy rozwój a jest niezależny od jednostki;
- *opieka zdrowotna*: zakres podejmowanych działań związanych nie tyle z leczeniem, co z profilaktyką i promowanie zdrowego stylu życia⁷³.

Ciekawym modelem obrazującym determinanty zdrowia jest „*Tęcza czynników zdrowia*” autorstwa G. Dahlgren i M. Whitehead, przedstawiona na poniższej rycinie

⁷³ Minister of Supply and Services Canada, Strategies for Population Health Investing in the Health of Canadians, Publications Health Canada, Ottawa 1994.

Ryc. 5. Tęcza czynników zdrowia



źródło: opracowanie własne na podstawie B. Woynarowska, *Modele czynników warunkujących zdrowie*, w: *Edukacja zdrowotna*, red. B. Woynarowska, wyd. PWN, Warszawa 2017, s. 46.

Centralnym punktem owej tęczy są *czynniki biologiczne*, a mianowicie wiek, płeć oraz czynniki konstytucjonalne. Natomiast kolejne grupy uwarunkowań zdrowia w tym modelu zobrazowane symbolicznie przez łuki tęczy to: *styl życia, sieci wsparcia społecznego, czynniki społeczno-ekonomiczne, kulturowe i środowiskowe*⁷⁴.

We wszystkich koncepcjach i modelach obrazujących determinanty zdrowia znaczącą rolę odgrywa styl życia oraz różnego typu uwarunkowania społeczne, ekonomiczne i kulturowe. Oczywiście na znaczną część uwarunkowań socjo-ekonomiczno-kulturowych jednostka ma niewielki wpływ, jednakże może ona aktywnie i świadomie kształtować swój *styl życia oraz zachowania zdrowotne* jako główne determinanty własnego zdrowia.

Próbie oszacowania procentowego wpływu poszczególnych czynników na zdrowie podjął również A. Badura. Badania tego autora potwierdzają, iż w zakresie zdrowia indywidualnego największe znaczenie ma właśnie styl życia. Szacował on bowiem, że czynniki te wpływają na umieralność z powodu chorób układu krążenia odpowiednio w wymiarze: 25% biologia, 9% środowisko, aż 54% styl życia i 12% ochrona zdrowia. W przypadku nowotworów odsetki te wynosiły odpowiednio 29, 24, 37 i 10, a w umieralności ogólnej 20, 20, 50 i 10⁷⁵.

⁷⁴ B. Woynarowska, *Modele czynników warunkujących zdrowie*, w: *Edukacja zdrowotna*, red. B. Woynarowska, wyd. PWN, Warszawa 2017, s. 45. por. K. Tones, J. Green, *Health Promotion...* op.cit., p.62.

⁷⁵ A. Badura, *What is and What Determines Health*, in: *Scientific Foundations for Public Health Policy in Europe*, eds. Laaser U., de Leeuw E., Stock Ch., Juventa Verlag, Munchen 1995.

Zatem modyfikacja stylu życia poszczególnych członków społeczeństwa oraz uświadomienie osobistej odpowiedzialności za zdrowie mogą przyczynić się do zmian w stanie zdrowia całości populacji. Kolejny podrozdział zawiera przegląd definicji stylu życia oraz jego części składowych, czyli zachowań zdrowotnych stanowiących jednocześnie podstawę prowadzonych w ramach niniejszej dysertacji badań.

1.4. Sposoby definiowania stylu życia i zachowań zdrowotnych jako głównych uwarunkowań zdrowia indywidualnego

Pojęcie *stylu życia* ma charakter interdyscyplinarny, funkcjonuje bowiem od lat na gruncie wielu nauk, choć swoją istotę zawdzięcza naukom społecznym. W dziedzinie zdrowia publicznego poszukiwanie adekwatnych sposobów definiowania tego pojęcia, ma związek z koniecznością prowadzenia badań diagnostycznych, w celu poszukiwania konkretnych jego składowych mogących stanowić albo elementy sprzyjające albo zagrażające zdrowiu człowieka.

W literaturze przedmiotu można znaleźć definicje odnoszące styl życia wyłącznie do zachowań i właściwości jednostki, jak na przykład definicja K. Wrześniewskiego, który podaje, iż styl życia to zespół jawnych i manifestowanych zachowań, ale również typowych reakcji i atrybutów osobowościowych⁷⁶. Większość koncepcji uznaje jednak styl życia za swoistą wypadkową osobistych wzorów zachowań, właściwości jednostkowych oraz wpływów kulturowych i społecznych. A. Siciński definiuje styl życia, jako pewien specyficzny zespół codziennych zachowań jednostek lub społecznych grup, stanowiący odzwierciedlenie ich pozycji społecznej, a dzięki temu umożliwiający ich społeczną identyfikację⁷⁷. Ponadto styl życia można ulokować w takich sferach codziennej działalności ludzi jak: budżet czasu, praca, konsumpcja, higiena i stosunek do zdrowia, potrzeby intelektualne i estetyczne, rekreacja, udział w życiu społeczno-politycznym, stosunek do religii, współżycie między ludźmi (kontakty osobiste, towarzyskie, przyjacielskie, rodzinne, sytuacje konfliktowe), a także odnoszące się do nich systemy wartości⁷⁸.

⁷⁶ K. Wrześniewski, Styl życia a zdrowie... op. cit., s.

⁷⁷ A. Siciński, Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce, wyd. PWN, Warszawa 1979, s.13.

⁷⁸ Ibidem s.15-16

Z kolei według L.W. Green i M.W. Kreuter stanowi on trwały wzór zachowań, ukształtowany przez czynniki kulturowe, relacje społeczne, czynniki geograficzne i socjo-ekonomiczne, a także cechy osobowościowe⁷⁹. I. Szilagyi- Pągowska podaje, iż na styl życia składają się zachowania i postawy, które są zależne od środowiska zarówno zewnętrznego, jak i społecznego oraz kulturowego, a także od sytuacji politycznej, ekonomicznej, uznawanych przez jednostkę wartości i światopoglądu⁸⁰. Zaś Z. Słońska i M. Misiuna łączą wymiar jednostkowy i zbiorowy, odnosząc styl życia do codziennych zachowań charakterystycznych dla jednostki lub zbiorowości. Kształtuje się on w toku interakcji warunków życia i indywidualnych wzorów zachowań, które to z kolei są uwarunkowane społecznie, kulturowo oraz przez atrybuty osobowościowe jednostek⁸¹.

W dokumentach WHO znaleźć można definicję stylu życia wskazującą na rzeczywistą istotę tego terminu, a mianowicie odnoszącą styl życia do sposobu życia opartego na wzajemnym związku między warunkami życia, a indywidualnymi wzorcami zachowań. Zakres owych wzorców może zostać ograniczony lub poszerzony dzięki czynnikom środowiskowym lub samodzielnej aktywności jednostki⁸². Definicja ta podkreśla zatem kontekst grupowy i indywidualne praktyki wiążące się ze sposobem życia, a także wskazuje na proces kształtowania się stylu życia poprzez zjawisko oddziaływania warunków życia oraz indywidualnych wzorców zachowań jednostki, które mogą być warunkowane przez czynniki kulturowe i cechy osobiste.

A. Gniazdowski w swej definicji stylu życia ukazuje wyraźne implikacje między tym pojęciem, a stanem zdrowia jednostki. Otóż stwierdza on, powołując się na koncepcję *pól zdrowia*, iż w skład stylu życia wchodzi decyzje podejmowane przez człowieka, dotyczące jego zdrowia, jednak nad decyzjami tymi człowiek może mieć większą lub mniejszą kontrolę w zależności od sytuacji. Decyzje te mogą przyczyniać się do powstawania zagrożeń zdrowotnych, a te z kolei mogą stać się bezpośrednią przyczyną choroby lub śmierci⁸³. Z kolei w psychologii zdrowia styl życia związany ze zdrowiem jest definiowany, jako charakterystyczny dla jednostki system *zachowań zdrowotnych*, determinowany zarówno przez cechy temperamentu, wiedzę, przekonania na temat świata, życia, własnej osoby,

⁷⁹ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...* op. cit., s. 50.

⁸⁰ I. Szilagyi-Pągowska, *Zachowania zdrowotne i styl życia*, w: *Opieka zdrowotna nad rodziną*, red. W.K. Bożkova, A. Sito, wyd. PZWL, Warszawa 1994, s. 84.

⁸¹ Z. Słońska, M. Misiuna, *Promocja zdrowia...* op., cit. s. 49.

⁸² B. Tobiasz- Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, wyd. UJ, Kraków 2000, s. 82-85.

⁸³ A. Gniazdowski, *Zachowania a zdrowie. Podstawowe zależności*, w: *Zachowania zdrowotne*, red. A. Gniazdowski, wyd. Instytutu Medycyny Pracy, Łódź 1990, s. 84.

kompetencje wartości, doświadczenia, jak i przez pewne zmienne socjo-kulturowe⁸⁴. Wielu autorów stwierdza również, że na styl życia składają się nie tylko wzory zachowań zdrowotnych, ale także wartości i postawy wobec zdrowia będące odpowiedzią na warunki środowiskowe⁸⁵.

Styl życia charakterystyczny dla danego człowieka lub grupy może więc sprzyjać lub zagrażać zdrowiu. *Prozdrowotny styl życia* oznacza zatem podejmowanie przez ludzi świadomych działań mających na celu potęgowanie swego potencjału zdrowotnego. Analizując różne style życia w celu dokonania diagnozy ewentualnych ich skutków, bierze się zazwyczaj pod uwagę ich części składowe, czyli poszczególne grupy *zachowań zdrowotnych*.

Zachowania zdrowotne (w literaturze często nazywane także zachowaniami związanymi ze zdrowiem), są bardzo różnie definiowane. W czasach popularyzacji biomedycznego modelu zdrowia, odnoszono ten termin wyłącznie do zachowań związanych z korzystaniem z sektora instytucji medycznych⁸⁶. Z czasem zaczęto jednak poszerzać znaczenie tego zagadnienia o działalność związaną ze sferą zdrowia i profilaktyki chorób. E. Mazurkiewicz podaje jedną z pierwszych definicji zachowań zdrowotnych w rodzimej literaturze, określa je, jako nawyki, zwyczaje, postawy, wartości i wszelkie zachowania jednostek lub grup społecznych w dziedzinie zdrowia⁸⁷. Z kolei M. Mackiewicz i J. Krzyżanowski ujmują zachowania zdrowotne bardzo szeroko, stwierdzają bowiem, iż są to wszelkie zachowania rozpatrywane w kontekście zdrowia⁸⁸. B. Woynarowska podaje, iż zachowania zdrowotne to postępowania, działania (lub ich zaniechanie), które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na stan zdrowia jednostki⁸⁹. Są to zatem takie zachowania, które zdaniem A. Gniazdowskiego „w świetle współczesnej wiedzy medycznej wywołują określone skutki zdrowotne”⁹⁰.

W literaturze przedmiotu znaleźć można wiele taksonomii zachowań zdrowotnych. I. Heszen i H. Sęk wskazują na trzy sposoby ich ujmowania. Pierwszy z nich- *funkcjonalny*, a inaczej *skutkowy*, dzieli zachowania zdrowotne biorąc pod uwagę ich funkcje, czy też ewentualne skutki względem zdrowia. Zatem w ramach tej grupy sposobów ujmowania

⁸⁴ H. Sęk, Zdrowie behawioralne, w: Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej, wyd. GWP, Gdańsk 2000, s. 543.

⁸⁵ por. B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna... op.cit. s. 51.

⁸⁶ por. J. Indulski, J. Leowski, Podstawy medycyny społecznej, wyd. PZWL, Warszawa 1971.

⁸⁷ E. Mazurkiewicz, Podstawy wychowania zdrowotnego, w: Higiena i ochrona zdrowia, red. J. Brzeziński, C.W. Korczak, wyd. PZWL, Warszawa 1975, s. 64.

⁸⁸ M. Mackiewicz, J. Krzyżanowski, Raport o stanie zdrowia społeczeństwa polskiego, wyd. Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi, Lublin 1981, s. 15,

⁸⁹ B. Woynarowska, Zdrowie i czynniki je warunkujące, w: Edukacja zdrowotna w szkole. Promocja zdrowia dzieci i młodzieży w Europie, red. B. Woynarowska, wyd. PWN, Warszawa 1995, s.10-11.

⁹⁰ A. Gniazdowski, Zachowania zdrowotne... op. cit., s. 1-2.

zachowań zdrowotnych, możemy wyróżnić *zachowania prozdrowotne* (sprzyjające zdrowiu) i *zachowania antyzdrowotne* (zagrożające zdrowiu)⁹¹.

Drugie podejście to celowościowe ujmowanie zachowań zdrowotnych, gdzie zachowania te określa się, jako czynności celowo ukierunkowane na zdrowie, czyli wiążące się z podmiotowym przekonaniem o bezpośredniej implikacji danego zachowania ze zdrowiem. W ten paradygmat definicji zachowań zdrowotnych, wpisuje się ujęcie D. Gochmana, który to łączy zachowania zdrowotne z właściwościami danego podmiotu wskazując, iż obejmują one przekonania, oczekiwania, jak i przewidywania, a także motywy, emocjonalne mechanizmy osobowościowe oraz podmiotowe wzory zachowań związane z utrzymywaniem zdrowia⁹². Oczywiście celowościowy charakter zachowań zdrowotnych ma związek z ich istotą, bowiem zachowania te mogą być zarówno nawykiem (efektem socjalizacji), jaki i czynnością intencjonalną (determinowaną świadomością zdrowotną) lub reaktywną (wynikającą z oczekiwań społecznych)⁹³.

I. Heszen- Klemens w ramach celowościowego ujęcia zachowań zdrowotnych posługuje się kategorią działań zdrowotnych, czyli czynności i wszelkich form aktywności człowieka ukierunkowanych na zdrowie⁹⁴. W realizacji tychże zachowań największe znaczenie mają osobiste koncepcje zdrowia najczęściej wiążące się z potoczną wiedzą na temat zdrowia i choroby.

K. Puchalski proponuje definicję zachowań zdrowotnych będącą syntezą podejścia celowościowego oraz funkcjonalnego i ujmuje je, jako wybrane przez obserwatora lub (i) podmiot działań, zachowania lub grupy zachowań, które w ramach pewnego systemu wiedzy potocznej, naukowej lub ideologii społecznej, pozostają w określonym i ustalonym w ramach danego systemu wiedzy, związku ze zdrowiem⁹⁵. Zatem w myśl owej definicji w kształtowaniu się zachowań zdrowotnych i w ocenie ich skutków, istotne znaczenia ma zarówno obiektywna wiedza naukowa mówiąca niejako o konsekwencjach danego zachowania, ale także subiektywne przekonania jednostki na temat podejmowanych zachowań, wynikające z osobistych preferencji oraz wpływu środowiska społecznego. Podobne przekonanie wyraża H. Sęk określając zachowania zdrowotne, jako nawykowe lub/i

⁹¹ I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia...* op. cit. s. 93.

⁹² D. Gochman, *Labels, system and motives: Some perspectives for future research and programs "Health Education Quarterly"* 1982, 9, p. 167-173.

⁹³ por. I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia...* op. cit. s. 95.

⁹⁴ I. Heszen- Klemens, *Psychologia medyczna. Główne kierunki badań*, wyd. UŚ, Katowice 1983, s. 97.

⁹⁵ K. Puchalski, *Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia*, w: *Zachowania zdrowotne*, red. A. Gniazdowski... op. cit., s. 23-57.

celowe formy działalności człowieka, które pozostają na gruncie wiedzy obiektywnej i subiektywnego przekonania, w istotnym związku ze zdrowiem⁹⁶.

W literaturze znaleźć można wiele podziałów zachowań zdrowotnych, twórcami jednej z pierwszych klasyfikacji są D.M. Harris i S. Guten. Badacze dokonali podziału ograniczając się wyłącznie do prozdrowotnej aktywności człowieka, pomijając obiektywne skutki tej aktywności. W ich klasyfikacji znaleźć można pięć grup zachowań:

- *praktyki zdrowotne* (np. kontrola wagi);
- *praktyki zabezpieczające* (np. posiadanie apteczki);
- *praktyki profilaktyczne* (np. kontrola stomatologiczna);
- *unikanie zagrożeń środowiskowych* (np. zanieczyszczeń);
- *unikanie szkodliwych substancji*⁹⁷.

Podobnego rozróżnienia dokonali J. Ward i A. Steptoe wyróżniając pięć klas zachowań prozdrowotnych:

- *unikanie używek*,
- *pozytywne praktyki zdrowotne*,
- *zwyczaje żywieniowe*,
- *bezpieczne prowadzenie samochodu*,
- *zachowania związane z działalnością prewencyjną*⁹⁸.

Rozbudowaną i szczegółową typologię zachowań zdrowotnych podaje J. L. Kolbe, podkreślając celowościowy charakter tych zachowań wyróżnia:

- *wellness behaviour* (działalność jednostek uznających się za zdrowe, podejmowana w celu umacniania potencjału zdrowotnego);
- *preventive health behaviour* (aktywność jednostek uznających się za zdrowe, podejmowana w celu zapobieżenia chorobie lub wczesnego jej wykrycia);
- *at-risk behaviour* (aktywność jednostek uznających się za zdrowe, ale znajdujących się w sytuacji wysokiego ryzyka w zakresie pewnych elementów zdrowia, mająca na celu zapobieganie ewentualnym skutkom tych zagrożeń lub ich wczesne zdiagnozowanie);
- *illness behaviour* (działalność jednostek, które dostrzegają, iż są chore, podejmowana w celu diagnozy swojego stanu zdrowia i uzyskania pomocy);

⁹⁶ H. Sęk, Zdrowie behawioralne, w: Psychologia. Podręcznik akademicki, red. J. Strelau, wyd. GWP, Gdańsk 2000, s. 539.

⁹⁷ D. M. Harris, S. Guten, Health-protective behavior: an exploratory study „Journal of Health and Social Behavior” 1979, 20, p. 17-29.

⁹⁸ B. Tobiasz-Adamczyk, Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby, wyd. UJ, Kraków 2000, s. 25.

- *self-care behaviour* (aktywność człowieka uznającego siebie za chorego, podejmowana w celu poprawy zdrowia, jednak zakładająca tylko minimalną pomoc terapeuty i otoczenia, ale jednocześnie ograniczenie pełnienia przypisanych jednostce zadań);
- *sick-role behaviour* (aktywność człowieka uważającego się za chorego, mająca na celu poprawę stanu zdrowia, zakładająca leczenie specjalistyczne, pomoc otoczenia oraz pewne ograniczenia w pełnieniu codziennych obowiązków);
- *reproductive behaviour* (działalność jednostki ukierunkowana na zajście w ciążę i zapewnienie jej prawidłowego przebiegu);
- *parenting health behaviour* (każde z powyższych zachowań, ukierunkowane na zabezpieczenie, utrzymanie lub poprawę stanu zdrowia płodu lub dziecka, za które dana jednostka jest odpowiedzialna);
- *health-related social action* (działania jednostki lub grupy podejmowane z wykorzystaniem środków instytucjonalnych, prawnych, ekonomicznych mające na celu wpływanie na istotne determinanty zdrowia populacji)⁹⁹.

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania można zatem stwierdzić, iż zachowania zdrowotne obejmują szerokie spektrum aktywności człowieka, zarówno w zdrowiu, jak i w sytuacji choroby, mogącej mieć zarówno pozytywne, jak i negatywne konsekwencje dla stanu zdrowia danej jednostki

I. Heszen i H. Sęk dokonują klasyfikacji zachowań zdrowotnych biorąc pod uwagę różne kryteria ich podziału. Pierwsze kryterium to *funkcja danego zachowania względem zdrowia*- może być korzystna lub nie. Kolejne kryterium stanowi *poziom organizacji behawioralnej*. Zachowania zdrowotne mogą przybierać formę nawykowych, stabilnych wzorów zachowań będących wynikiem socjalizacji i wpływów kulturowych. Drugi typ zachowań w ramach owego kryterium to celowe czynności zdrowotne, czyli pojawiające się najczęściej w toku rozwoju lub w wyniku pewnych doświadczeń, intencjonalne działania ukierunkowane na zdrowie. Kolejne kryterium podziału stanowi *poziom świadomości* warunkujący kształtowanie zdrowotnych wzorców zachowań ukierunkowanych na potęgowanie zdrowia. Zdaniem autorek zachowania zdrowotne można także podzielić biorąc pod uwagę *poziom zdrowia*, względem którego zachowanie się podejmuje. Zgodnie z tym kryterium można mówić o *zachowaniach w sytuacji zdrowia* oraz w *sytuacji choroby*. Kolejna kategoria to *zachowania zdrowotne związane z pełnioną rolą społeczną*, np. rodzicielską.

⁹⁹ J.L. Kolbe, The application of health behaviour research. Health education and health promotion, in: Health behaviour. Emerging research perspectives, edit. D.S. Gochman, Plenum, New York, 1988, s. 382.

Ponadto na podstawie *treści zachowania* oraz *sfery życia*, której dotyczy, również można dokonać podziału zachowań zdrowotnych¹⁰⁰. Na podobnym kryterium opiera się podział A. Ostrowskiej, która wyróżnia cztery grupy zachowań najczęściej wykorzystywane do badań nad prozdrowotnym stylem życia. Autorka podkreśla jednocześnie, iż podział ten ma charakter umowny i nie jest wyczerpujący:

- *zachowania związane ze zdrowiem somatycznym* (dbałość o ciało, aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, hartowanie, sen);
- *zachowania związane ze zdrowiem psychospołecznym* (korzystanie i dawanie wsparcia, unikanie stresu, radzenie sobie z problemami);
- *zachowania prewencyjne* (samokontrola stanu zdrowia, badania kontrolne, bezpieczeństwo w życiu codziennym);
- *niepodejmowanie zachowań ryzykowanych* (niepalenie tytoniu, unikanie używek)¹⁰¹.

Na tym kryterium podziału opiera się również klasyfikacja zachowań zdrowotnych sformułowana na potrzeby przeprowadzonych badań własnych. W ramach niniejszego projektu badawczego dokonano typologizacji zachowań zdrowotnych biorąc pod uwagę różne sfery funkcjonowania człowieka oraz wymiary zdrowia, wyróżniono sześć grup zachowań zdrowotnych (szczegółową typologizację wraz ze wskaźnikami przedstawiono w rozdziale metodologicznym):

1. *Zachowania związane z odżywianiem.*
2. *Dbłość o ciało i aktywność fizyczna.*
3. *Działania prewencyjne.*
4. *Zachowania związane z korzystaniem z używek.*
5. *Zachowania seksualne.*
6. *Zachowania związane ze zdrowiem psychospołecznym.*

Na podstawie licznych badań można wskazać bezpośrednie i istotne związki między pogarszającą się sytuacją zdrowotną polskiego społeczeństwa, a poszczególnymi grupami zachowań zdrowotnych, czyli składowymi stylu życia. Kolejny podrozdział zawiera charakterystykę poszczególnych grup zachowań zdrowotnych wraz z odniesieniem do ogólnopolskich badań na ten temat.

¹⁰⁰ I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia...* op. cit., s. 98-101.

¹⁰¹ A. Ostrowska, *Styl życia a zdrowie*, wyd. IFiS PAN, Warszawa 1999, s. 29.

1.4.1. Charakterystyka wybranych zachowań zdrowotnych

Zachowania zdrowotne w zakresie odżywiania są istotnym elementem stylu życia, bowiem racjonalna i zbilansowana dieta może w znaczącym stopniu przyczyniać się do utrzymywania i potęgowania zdrowia. Wskazane jest, by dieta obejmowała trzy posiłki podstawowe: śniadanie, obiad, kolację oraz posiłki uzupełniające: drugie śniadanie i podwieczorek. Konieczne jest także urozmaicenie żywienia z wykorzystaniem odpowiednich ilości różnorodnych produktów z każdej z pięciu podstawowych grup: produktów zbożowych; mleka i przetworów mlecznych; mięsa, ryb, drobiu wędlin, roślin strączkowych i jaj; owoców i warzyw; tłuszczów roślinnych (w ograniczonych ilościach). Pożądane jest też wcielanie w życie zasady ograniczania spożycia nasyconych kwasów tłuszczowych, cukru oraz soli, unikania smażenia potraw. Do pozytywnych nawyków żywieniowych należy także codzienne spożywanie śniadań oraz unikanie podjadania między posiłkami (zwłaszcza niezdrowych przekąsek), spożywanie świeżych warzyw i owoców oraz produktów pełnoziarnistych i zawierających wysoką zawartość kwasów tłuszczowych jedno- i wielonienasyconych, a także zawierających kwasy z grupy omega 3,6 i 9. Ponadto dieta powinna być dostosowana do normy kalorycznej przewidzianej dla danej grupy wiekowej i płci, z uwzględnieniem poziomu aktywności fizycznej. Wszelkie odchylenia od zalecanych norm żywieniowych (bez konsultacji lekarskich) mogą z czasem zaszkodzić zdrowiu¹⁰².

Niektóre rodzaje popularnych diet i suplementów w rezultacie okazują się nie tylko nieskuteczne, ale również niebezpieczne! Dużą popularnością w ostatnim czasie cieszyła się *dieta wysokobiałkowa* polegająca na zaburzeniu proporcji spożywanych tłuszczów, węglowodanów i białek. Tego ostatniego spożywa się najwięcej, co sprawia, że organizm zaczyna funkcjonować inaczej i na początku diety rzeczywiście chudnie się bardzo szybko. Jednak w stanie niedoboru glukozy mogą pojawić się zaburzenia koncentracji i uczucie zmęczenia, a na dodatek dieta wysokobiałkowa bardzo obciąża nerki. Sporą popularnością, ciesząc się także *głodówki*. Jednak całkowita rezygnacja z jedzenia wydaje się dość radykalnym posunięciem. Może pomóc w krótkim czasie oczyścić organizm z toksyn i nadmiaru soli. Jednak całkowity brak zbilansowanych posiłków prowadzi do spowolnienia metabolizmu. Organizm broni się w ten sposób przed długimi przerwami w dostawach

¹⁰² K. Mizera, Żywność — podstawa zdrowia i urody. „Lider” 12/2008, s. 14—16. Szczegółowe wytyczne co do prozdrowotnego sposobu żywienia znaleźć można na stronie internetowej Instytutu Żywności i Żywienia oraz w opracowanej przez Instytut *Piramidzie Zdrowego Żywienia* por. <http://www.izz.waw.pl/attachments/article/7/Piramida%20Zdrowego%20C5%BBywienia%20i%20Aktywno%C5%9Bci%20Fizycznej%20Broszura.pdf> [dostęp 11.09.2018 r.]

jedzenia, czyli składników odżywczych i energii, szybko więc rezygnuje z jej wydatkowania, stąd ciągle zmęczenie i brak sił. Nawet jeśli po kilku dniach wróci się do regularnego spożywania 5 posiłków, organizm nadal będzie je trawił powoli i odkładał niejako na zapas. Wynalazkiem naszych czasów są również różnego rodzaju *monodiety* (oparte wyłącznie na jednym składniku pokarmowym). Całe niebezpieczeństwo tkwi w tym, iż organizm potrzebuje wielu składników odżywczych każdego dnia, stosowanie zatem takich diet może wywołać poważny deficyt niezbędnych substancji w organizmie. Zdaniem dietetyków jadłospis oparty na jednym składniku można wprowadzić na maksimum trzy dni¹⁰³.

Jak wskazują liczne badania, nieprawidłowa dieta charakteryzująca się wysoką podażą kalorii, bogata w tłuszcze zwierzęce, tłuszcze trans, czerwone mięso, a uboga w warzywa i owoce może sprzyjać rozwojowi wielu chorób cywilizacyjnych, m.in. schorzeń układu krążenia, czy nowotworom. Z kolei stosowanie się do *piramidy zdrowego żywienia* opracowanej również przez *Instytut Żywności i Żywienia*, gwarantuje odpowiednio zbilansowaną dietę mającą działanie chroniące przed wieloma chorobami¹⁰⁴.

W socjologicznych ujęciach zachowań związanych z odżywianiem znaleźć można liczne uwarunkowania tych zachowań, do najważniejszych należą:

- *wiedza*, posiadanie informacji na temat zdrowego żywienia powiązane ze świadomością powiązań między żywieniem, a ryzykiem wystąpienia określonych chorób;
- *przekonania*, dotyczące właściwego żywienia i zasadności wcielania go w życie;
- *postawy i wartości*, symboliczne aspekty posiłków i sposobów ich spożywania, kulturowe normy idealnego ciała;
- *obowiązki wynikające z ról społecznych*, związane z oczekiwaniami społecznymi;
- *presję społeczne i medialne*;
- *dochody i inne zasoby indywidualne* związane z dostępnością do żywności i umiejętnościami przygotowywania posiłków;
- *psychospołeczne zasoby* związane z postrzeganiem siebie, swojego ciała, samooceną, samokontrolą, itp.¹⁰⁵;

Na wiele karygodnych błędów w sposobie żywienia Polaków wskazują wyniki licznych badań, którym warto przyjrzeć się w perspektywie przekrojowej. Odnosząc się do

¹⁰³ <http://bezczukru.org.pl/pierwsze-kroki-z-cukrzyca/styl-zycia/item/268-niebezpieczne-diety-odchudzaj%C4%85ce>.

¹⁰⁴ B. Tobiasz- Adamczyk, Socjologiczne ujęcie zachowań w zdrowiu, w: Od socjologii medycyny do socjologii żywienia, red. B. Tobiasz-Adamczyk, wyd. UJ, Kraków 2013, s. 27.

¹⁰⁵ Ibidem, s. 33-34.

niedużo odległych już reprezentatywnych ogólnokrajowych badań sposobu żywienia populacji polskiej z 2000 roku, zauważyć można zbyt wysoką zawartość energii w dietach 74,4% mężczyzn i 58% kobiet, zaś nadmierne spożycie tłuszczu u 83,2% mężczyzn i 64,4% kobiet. Z kolei badania zrealizowane w latach 2003–2005 w ramach programu POLKARD, potwierdzają, że całodienne racje pokarmowe Polaków charakteryzują się przede wszystkim nadmierną zawartością tłuszczów zwierzęcych. Ponadto analiza badań prowadzonych w latach 2008–2013 wskazuje na niskie spożycie zbożowych produktów pełnoziarnistych, tj. 66% wartości zalecanej wśród mężczyzn i 46% wśród kobiet. W grupie kobiet konsumpcję produktów mięsnych można było uznać za zadowalającą, natomiast wśród mężczyzn przekraczała ona znacznie wartości zalecane. Najniższe spożycie tych produktów pokrywało aż 131% wartości zalecanej w racjach pokarmowych. Znacznie poniżej zalecanego spożycia kształtowała się konsumpcja ryb. W grupie mężczyzn wyniosła średnio 16 g (spożycie zalecane – 35 g), a 15 g w grupie kobiet (spożycie zalecane – 30 g). Może to skutkować niedoborami składników odżywczych, które rzadko występują w innych produktach, takich jak: wielonienasycone kwasy tłuszczowe n-3, witamina D, selen, jod. Poprawiło się natomiast spożycie owoców i warzyw – w większości pokrywało dziennie zapotrzebowanie na te grupy produktów¹⁰⁶. Wzrost spożycia warzyw i owoców, zwłaszcza w populacji kobiet, potwierdzają również badania GUS z roku 2014 prowadzone na podstawie zharmonizowanej metodologii *Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r.* W badaniach tych aż 2/3 populacji kobiet wskazało na codzienne spożywanie owoców i warzyw zgodne z zalecanymi normami. Jednak Polska zajmuje nadal jedno z ostatnich miejsc na tle europejskim pod względem spożycia owoców i warzyw¹⁰⁷. Po 2010 roku odnotowano prozdrowotną zmianę przejawiającą się w zwiększeniu konsumpcji mięsa drobiowego oraz obniżeniu spożycia mięsa wołowego i wieprzowego. Jednakże spożycie soli w Polsce, obliczane na podstawie wyników badań budżetów gospodarstw domowych, przekracza 2–3-krotnie zalecany poziom¹⁰⁸. Badania CBOS z 2014 roku wskazują, iż na przełomie szesnastu lat nie zmienia się zarówno skala, jak i regularność posiłków spożywanych przez Polaków – zdecydowana większość Polaków nadal spożywa tylko 3 posiłki dziennie. Ponadto większość

¹⁰⁶ E. Sygnowska i in., Spożycie produktów spożywczych przez dorosłą populację Polski. Wyniki programu WOBASZ, „Kardiologia Polska” 2005, nr 6, s. 1–7.

¹⁰⁷ <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkancow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html> [dostęp z dn. 05.06.2014r.]

¹⁰⁸ J. Dobosz (red.), Wybrane zachowania zdrowotne Polaków w perspektywie sportu powszechnego i zdrowia, wydawca Fundacja Rozwoju Kultury Fizycznej, Warszawa 2015, s. 43–45.

badanych dostrzega podobieństwo między przygotowywanymi przez siebie posiłkami, a tymi, które jadali w domu rodzinnym¹⁰⁹.

Do podstawowych błędów żywieniowych dorosłych Polaków nadal należą: wysokie spożycie tłuszczów, mięsa i jego przetworów, żywności typu *fast food*, soli, cukru i słodczy oraz słodzonych napojów, a zbyt niskie spożycie ryb, mleka i przetworów mlecznych, pełnoziarnistych produktów zbożowych, nieregularne spożywanie posiłków, opuszczanie śniadań. W efekcie dieta Polaków zawiera za dużo energii, tłuszczu ogółem i nasyconych kwasów tłuszczowych, cukrów prostych i sodu, a za mało wapnia, witaminy D, składników o działaniu antyoksydacyjnym i błonnika pokarmowego. Te złe nawyki żywieniowe stanowią bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia bowiem są czynnikiem ryzyka wielu chorób cywilizacyjnych¹¹⁰.

Kolejnym istotnym zachowaniem zdrowotnym jest *dbałość o ciało*, bowiem troska o zdrowie jest zarazem troską o ciało. Zachowanie to jest zdeterminowane socjokulturowo, a w różnych okresach historii ulegało ono znacznej ewolucji. Obecnie nabiera wymiaru społeczno- kulturowego poprzez dostosowywanie jego funkcji i kształtu do norm społeczno- kulturowy¹¹¹. Istotnym elementem dbałości o ciało jest *aktywność fizyczna* stanowiąca także czynnik umożliwiający ochronę zdrowia. Aktywność fizyczna jest zarazem jedną z podstawowych fizjologicznych potrzeb człowieka, mającą bezpośredni wpływ na zdrowie. Istotą aktywności fizycznej stanowi oczywiście wysiłek fizyczny związany z pracą mięśni szkieletowych i towarzyszącym jej zespołem zmian czynnościowych w organizmie. Ruch wywiera bezpośredni wpływ na przemianę materii oraz gospodarkę lipidową i węglowodanową, co sprzyja utrzymaniu stabilności między ilością energii dostarczanej i wydatkowanej przez organizm, umożliwia więc także dbałość o szczupłą sylwetkę. Ponadto powoduje wiele korzystnych zmian adaptacyjnych we wszystkich układach organizmu i wpływa korzystnie na zdrowie psychiczne, sprzyja rozładowywaniu napięć, zmniejsza poziom lęku i depresji¹¹². Tymczasem w ostatnich latach, w krajach wysokorozwiniętych został znacznie ograniczony codzienny wysiłek fizyczny. Specjaliści zdrowia publicznego zwracają uwagę na zagrożenia zdrowotne wywoływane przez powszechną hipokinezję. Niska aktywność fizyczna i bierne sposoby spędzania wolnego czasu stanowią poważny czynnik ryzyka wielu chorób cywilizacyjnych, w tym np. chorób sercowo- naczyniowych.

¹⁰⁹ CBOS Komunikat z badań nr 115/2014, Zachowania żywieniowe Polaków, Warszawa 2014.

¹¹⁰ Ibidem, s. 43-45.

¹¹¹ Z. Melosik, Tyrania szczupłego ciała i jej konsekwencje, w: *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, red. Z. Melosik, wyd. Edytor, Toruń- Poznań 1999, s. 138-141.

¹¹² B. Woynarowska, Aktywność fizyczna : Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania, red. Woynarowska B., Kowalewska A., Izdebski Z., wyd. PWN, Warszawa 2010, s.207.

W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015 wskazano, iż „zaledwie 30% dzieci i młodzieży, a 10% dorosłych uprawia formy ruchu, których rodzaj i intensywność obciążeń wysiłkowych zaspokajają potrzeby fizjologiczne organizmu.”¹¹³ Instytut Żywności i Żywienia zaleca wykonywanie po 30 minut (dorośli) i 60 minut (dzieci) zmiennego wysiłku przez większość dni tygodnia. Ogólna zasada dotycząca aktywności fizycznej dla dorosłych to 3x30x130. Dorośli powinni zatem wykonywać ćwiczenia fizyczne, co najmniej 3 razy w tygodniu przez 30 minut z intensywnością powodującą częstość skurczów serca 130/min¹¹⁴. Z kolei Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne zaleca wysiłek fizyczny wykonywany 4-5 razy w tygodniu przez 30-45 minut z intensywnością umiarkowaną. Korzystne są także wysiłki wytrzymałościowe, poprzedzone rozgrzewką, a zakończone ćwiczeniami wyciszającymi. Wraz ze wzrostem wydolności fizycznej i tolerancji na wysiłek należy wydłużać czas jego trwania oraz intensywność ćwiczeń¹¹⁵.

Ogólnopolskie badania prowadzone przez GUS w roku 2009 potwierdzają, iż dorośli Polacy w większości (52%) nie uprawiają sportu i nie podejmują ćwiczeń fizycznych. Zaledwie 5% społeczeństwa ćwiczy lub uprawia sport regularnie. Ćwiczących 1–4 razy w tygodniu jest 23%, a sporadycznie (rzadziej niż 4 razy w miesiącu)– 14%. Codzienną lub prawie codzienną aktywność fizyczną, taką jak spacer, przemieszczanie się rowerem, taniec czy uprawę ogrodu, deklaruje zaledwie 8% dorosłych Polaków. Kilka razy w tygodniu (1–4) aktywnych jest 26 %¹¹⁶. Ponadto zdecydowana większość Polaków unika wysiłku o dużej intensywności. Badania z 2013 roku z kolei wskazują, iż zdecydowana większość Polaków nie wykonuje regularnej aktywności fizycznej, ani o umiarkowanej, ani o dużej intensywności. Poza tym poziom aktywności fizycznej spada wraz z wiekiem. Badania GUS z 2016 roku wskazują, iż co druga osoba w wieku 30 lat lub więcej nie uprawia sportu nawet 10 minut w tygodniu¹¹⁷. Niska aktywność fizyczna w połączeniu ze złą dietą stanowi poważne niebezpieczeństwo dla zdrowia populacji dorosłych Polaków.

Jak wskazują badania CBOS, 45% Polaków jest przekonanych, iż dbając o wygląd i o ciało umacnia swoje zdrowie i prowadzi zdrowy styl życia. Korzystanie z usług poprawiających wygląd ciała wśród Polaków z roku na rok wzrasta. Największy odsetek osób korzystających z usług kosmetycznych i medycyny estetycznej dostrzec można wśród

¹¹³ Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015

¹¹⁴ www.izz.waw.pl [dostęp 29.03.2015 r.]

¹¹⁵ A. Jegier, Aktywność ruchowa w promocji zdrowia oraz zapobieganiu i leczeniu chorób przewlekłych... op. cit., s. 408-409.

¹¹⁶ por. J. Dobosz (red.), Wybrane zachowania zdrowotne Polaków w perspektywie sportu powszechnego i zdrowia, wydawca Fundacja Rozwoju Kultury Fizycznej, Warszawa 2015, s. 37-39.

¹¹⁷ B. Woynarowska, Styl życia i zachowania zdrowotne Polaków w: Edukacja zdrowotna, red. B. Woynarowska, wyd. PWN, Warszawa 2017, s. 61-62.

osób w wieku 18-34. Badania z 2009 roku potwierdzają ogólny wzrost zainteresowania różnymi formami dbałości o ciało (korzystanie z sauny deklarowało 29% badanych; salon kosmetyczny 22%; solarium 15%)¹¹⁸. Badania zawarte w literaturze przedmiotu potwierdzają zatem, iż zwłaszcza wśród młodego pokolenia, rośnie zainteresowanie usługami z zakresu *wellness* i *spa*, co ma związek z dominującym w czasach współczesnych *kultem ciała*.

Do grupy zachowań wyraźnie zagrażających zdrowiu należy *stosowanie używek* takich jak: alkohol, tytoń oraz inne substancje psychoaktywne. Badania wykazują wyraźny związek między nadmiernym spożyciem alkoholu, a wieloma chorobami cywilizacyjnymi. Istnieją normy spożycia alkoholu dla poszczególnych płci, charakteryzujące style picia alkoholu o niskim ryzyku. Normy te wyglądają następująco dla *mężczyzn*:

Jeżeli pije się alkohol codziennie to:

- powinno się zachować co najmniej dwa dni abstynencji (najlepiej dzień po dniu) w tygodniu
- nie należy przekraczać granicy 4 porcji standardowych (tzn. 40g czystego, 100% alkoholu) dziennie. Cztery porcje alkoholu to: 2 półlitrowe piwa, 2 kieliszki wina (12%) o pojemności 200ml lub 120ml wódki.

W ciągu tygodnia:

- nie powinno się pić więcej niż 280mg czystego alkoholu, co jest równoważne z ok. 13 półlitrowymi butelkami piwa, nieco ponad 3 butelkami wina (o pojemności 0,75 litra) lub 0,8 litra wódki.

Pijąc okazjonalnie:

- nie powinno się przekraczać jednorazowo 6 porcji standardowych (60g czystego alkoholu), tzn. nie wypijaj przy jednej okazji więcej niż 3 półlitrowe butelki piwa, 3 kieliszki wina o pojemności 200ml każdy lub 180 ml wódki.

Normy stylu picia o niskim ryzyku dla kobiet, są następujące:

Jeżeli pije się alkohol codziennie to:

- należy zachować co najmniej dwa dni abstynencji (najlepiej dzień po dniu) w tygodniu,
- nie należy przekraczać granicy 2 porcji standardowych (tzn. 20g czystego, 100% alkoholu) dziennie. Dwie porcje alkoholu to: 1 półlitrowe piwo, 1 kieliszek wina (12%) o pojemności 200ml lub 60ml wódki.

W ciągu tygodnia:

¹¹⁸ A. Wójtewicz, *Ciało w kulturze konsumpcji...* op. cit., s. 100.

- nie powinno się pić więcej niż 140ml czystego alkoholu, co jest równoważne z 7 półlitrowymi butelkami piwami, niecałymi dwoma butelkami wina (o pojemności 0,75 l) lub 420 ml wódki (ok.0,8 półlitrowej butelki wódki).

Pijąc okazjonalnie:

- nie należy przekraczać jednorazowo 4 porcji standardowych (40g czystego alkoholu), tzn. nie wypijać przy jednej okazji więcej niż dwie półlitrowe butelki piwa, 2 kieliszki wina o pojemności 200ml każdy lub 120 ml wódki¹¹⁹.

Z badania GUS z roku 2014r. wynika, iż w zakresie picia alkoholu nastąpiła wśród Polaków prozdrowotna zmiana. Otóż w porównaniu z wynikami poprzedniego badania, odsetek osób dorosłych pijących napoje alkoholowe zmniejszył się o ponad 2 punkty procentowe. Całkowitą abstynencję w ciągu ostatnich 12 miesięcy zadeklarowało blisko 28% badanych osób. Odsetek kobiet pijących alkohol zmniejszył się z około 66% w 2009 r. do 63% w 2014 r. Wśród mężczyzn również spadł z 85% do 83%. Najliczniejszą grupę pijących alkohol stanowią osoby w wieku 30-49 lat. Kobiety o wiele rzadziej niż mężczyźni deklarowały częstsze picie alkoholu, choć dysproporcje te są stopniowo coraz mniejsze. Do picia alkoholu co najmniej 1 raz w tygodniu przyznał się co 3 pijący mężczyzna, a tylko co 7 pijąca alkohol kobieta. Co 4 osoba deklarująca spożywanie alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy piła alkohol przynajmniej 1 raz w tygodniu, głównie w dni weekendowe (między piątkiem i niedzielą). Do picia w pozostałe dni tygodnia (od poniedziałku do czwartku) przyznało się jedynie 61% pijących alkohol co najmniej 1 raz w tygodniu. Wyniki badania potwierdziły informacje, że piwo z powodzeniem wyparło wódkę i inne napoje spirytusowe. Ostrożne szacunki wskazują, że piwo stanowi prawie 70% ogólnej konsumpcji czystego alkoholu, a wódka i inne napoje spirytusowe niespełna 20%. Na tle tych dwóch dominujących napojów alkoholowych udział wina jest skromny i przekracza nieznacznie 10%. Typowy wzorzec konsumpcji alkoholu osób pijących co najmniej 1 raz w tygodniu zależy od płci. Mężczyźni deklarowali picie wyłącznie piwa (64%) lub piwa w połączeniu z wódką (14%). Kobiety najczęściej wymieniały picie wyłącznie piwa (co trzecia pijąca w tygodniu alkohol) lub wyłącznie wino (także co trzecia), względnie te dwa rodzaje alkoholu. Picie w tygodniu chociaż 1 małej porcji wódki zadeklarował co 4 mężczyzna i co 5 kobieta. Spożycie alkoholu raz czy kilka razy w tygodniu nie musi wyjątkowo niepokoić, jeśli jednorazowo pije się niewiele i do tego alkohole słabe (np. kieliszek wina). Do takiej oceny wykorzystuje się miarę wskazującą, ile porcji alkoholu pije się przy jednej okazji. Jak wskazują wyniki badania,

¹¹⁹ <http://www.wyhamujwpore.pl/Articles/view/24/Limity-spozycia> [dostęp 28.06.2016r.]

statystyczny mężczyzna pijący alkohol w tygodniu wypija w tym okresie około 4 butelki piwa o pojemności 0,5 litra i trochę więcej niż 80 ml wódki lub innych napojów spirytusowych, natomiast statystyczna pijąca w tygodniu kobieta 1,5 butelki piwa o pojemności 0,5 litra oraz 2 lampki wina. Należy podkreślić, że wyniki mówią o średniej ilości alkoholu na 1 pijącego, choć oczywiście w Polsce są osoby pijące często, zbyt wiele, mocno uzależnione od alkoholu¹²⁰.

Kolejny przykład zachowania antyzdrowotnego w ramach korzystania z używek stanowi *palenie tytoniu*, które jest czynnikiem ryzyka kilkunastu rodzajów nowotworów, a także innych chorób, w tym chorób układu krążenia, jak i schorzeń w obrębie układu oddechowego. Badania GUS z 2014 r. wskazują, iż palenie tytoniu jest w Polsce coraz mniej popularne. W okresie ostatnich 5 lat odsetek osób palących spadł o ponad 3 pkt procentowe (z 29% do 26%). Najczęściej palaczami codziennymi są osoby w wieku 30-60 lat, a szczególnie często nałóg palenia występuje wśród pięćdziesięciolatków. W tej grupie wieku pali prawie 36% mężczyzn i 27% kobiet. Osoby mocno uzależnione, tj. palące co najmniej 20 papierosów dziennie stanowią 55% ogółu palących mężczyzn; natomiast wśród palących kobiet mocno uzależnionych jest 31%¹²¹.

Stosowanie innych *substancji psychoaktywnych* (nadużywanie leków, czy zażywanie narkotyków) stanowi bezpośrednie zagrożenia dla zdrowia, a nawet życia¹²². Używanie substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń to zjawisko bardzo rzadko deklarowane- według badań GUS (2014 r.). Do substancji najbardziej rozpowszechnionych należą przetwory konopi. Co dwudziesta dorosła osoba co najmniej 1 raz w swoim życiu te substancje zażywała, ale w ciągu ostatnich 12 miesięcy mniej niż 1,5% badanych. Używanie marihuany lub haszyszu występuje częściej wśród mężczyzn niż wśród kobiet. W przypadku tych środków najwięcej doświadczeń miały osoby młode do 39 roku życia¹²³.

Z kolei do zachowań sprzyjających zdrowiu zaliczają się *zachowania prewencyjne*, obejmujące regularne wykonywanie badań kontrolnych, czyli samokontrolę stanu zdrowia. W poczet niezbędnych badań, które należy wykonywać cyklicznie (zgodnie z zaleceniami specjalistów) zaliczyć można:

- *samobadanie piersi*, zgodnie z zaleceniami lekarzy każda kobieta po ukończeniu 18. roku życia, a nawet wcześniej, powinna co miesiąc wykonywać samobadanie piersi;

¹²⁰ <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkancow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html> [dostęp z dnia 05.06.16r.]

¹²¹ Ibidem

¹²² B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna... op. cit., s. 61-62.

¹²³ <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkancow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html> [dostęp 05.06.2014r.]

- *badanie cytologiczne*, czyli bezpieczne i bezbolesne badanie pozwalające na wykrycie nie tylko wczesnych postaci nowotworu szyjki macicy, ale także stanów mogących doprowadzić do jego powstania. Wymaz szyjki macicy należy wykonywać u kobiet, które rozpoczęły współżycie płciowe lub ukończyły 18 lat. Jeśli następne badanie wykonane w odstępie roku jest prawidłowe, to kolejne można przeprowadzić w odstępie 2-3 lat, ze względu na powolny rozwój nowotworu.

- *kontrole stomatologiczne*, infekcje w obrębie jamy ustnej i problemy z próchnicą mogą sprzyjać infekcją w obrębie całego organizmu, dlatego zaleca się wykonywanie kontroli stomatologicznej raz na pół roku;

- *badanie krwi oraz moczu*, pozwala na wykrycie nieprawidłowości i zaburzeń we wczesnym stadium, u osób zdrowych zaleca się ich wykonywanie raz na rok;

- *kontrolne pomiary ciśnienia oraz wagi*, u osób zdrowych ciśnienie tętnicze nie powinno przekroczyć normy 140/90 mm Hg, kontrolne pomiary powinno się wykonywać co kilka miesięcy;

- *USG piersi*, po 40 r. ż. powinno być wykonywane co roku;

- *mammografia piersi*, stanowi istotny element profilaktyki wtórnej raka piersi i powinna być wykonywana po 40 r.ż. co 2 lata, a po 50 r.ż. corocznie;

Regularne wykonywanie owych badań stanowi element chroniący nasze zdrowie, a często nawet ratujący życie, pozwala bowiem na wykrycie niepokojących zmian w początkowym stadium rozwoju danej jednostki chorobowej, co w przypadku tak poważnych chorób, jak nowotwory ma znaczenie fundamentalne¹²⁴.

Badania GUS z 2014 r. wskazują, iż zachowania prewencyjne są przez Polaków coraz częściej podejmowane. Wyraźnie zwiększa się liczba kobiet wykonujących badania cytologiczne (wzrost o 6 pkt procentowych). Ponad 85% dorosłych kobiet miało wykonane badanie cytologiczne. Badania wykonywane były głównie w celach profilaktycznych: na wyraźne życzenie pacjentki (44% wskazań) lub jako zalecenie lekarskie (39%). Tylko co 8 kobieta stwierdziła, że skorzystała z ogólnokrajowego lub lokalnego programu cytologicznych badań profilaktycznych. W grupie nieobjętych badaniem cytologicznym znaczący udział miały kobiety bardzo młode i najstarsze (co najmniej 70-letnie). Ponad 40% kobiet poddających się takim badaniom wykonało je stosunkowo niedawno (tj. w ciągu ostatnich 12 miesięcy). Wyniki badania wskazują na dalszy wzrost powszechności badań mammograficznych (wzrost o blisko 7 pkt procentowych). Ponad 47% kobiet dorosłych

¹²⁴ A. Guła, Rak sutka u kobiet - profilaktyka i diagnostyka, w: Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi, red. J. Bulska, wyd. Impuls, Kraków 2008, s.38, 40-41.

przynajmniej raz w swoim życiu miało wykonane takie badanie. Najczęściej rentgenowskie badania piersi wykonują kobiety w wieku 50-69 lat (ponad 4/5 kobiet w tej grupie wieku zostało chociaż raz w życiu przebadane) i prawie połowa kobiet trochę młodszych i najstarszych. W ponad 70% przypadków badania mammograficzne wykonano w ciągu ostatnich 3 lat. Blisko 70% przebadanych kobiet wykonało to badanie kontrolnie, korzystając z ogólnodostępnego programu badań mammograficznych (41% kobiet) lub samodzielnie podjęło decyzję o badaniu (28%), a tylko co czwarte wynikało z zalecenia lekarskiego. W świetle wyników badania GUS mieszkańcy Polski częściej niż 5 lat wcześniej odwiedzają też stomatologa. Przynajmniej raz w roku u lekarzy dentystów było prawie 20,4 mln osób w wieku 2 lat i więcej, tj. 55% populacji. Odsetek korzystających z leczenia stomatologicznego był wyższy wśród mieszkańców miast (59%) niż mieszkańców wsi (50%)¹²⁵.

Istotny aspekt zachowań zdrowotnych stanowi także *seksualność* będąca integralną częścią życia ludzkiego. Jej pełny rozwój zależy od zaspokojenia podstawowych potrzeb ludzkich, takich jak potrzeba obcowania, intymności, ekspresji uczuć, czułości i miłości. *Zachowania seksualne* stanowią zespół cech i sposobów zachowania, prowadzących do rozmnażania płciowego, jednak nie są wyłącznie środkiem służącym prokreacji, lecz sprzyjają tworzeniu więzi międzyludzkich. Właściwe zachowania seksualne pozwalają osiągać stan pełnego dobrostanu odnoszącego się do zdrowia seksualnego i prokreacyjnego. Ponadto zaspakajanie potrzeb seksualnych ma wpływ na samopoczucie, a także samoocenę oraz prawidłowe funkcjonowanie w innych sferach życia¹²⁶. Oczywiście w społeczeństwie funkcjonują odmienne wzory zachowań seksualnych u osób w różnym wieku, w zależności od płci, światopoglądu oraz poziomu wykształcenia. Istotne znaczenie w podejmowanych przez ludzi zachowaniach seksualnych mają czynniki kulturowe i społeczne, a w tym regulacje moralne, religijne oraz prawne.

W życiu seksualnym mogą jednak występować zachowania ryzykowne będące zagrożeniem dla stanu zdrowia jednostki, a wiążące się z zapadalnością na choroby przenoszone drogą płciową (w tym HIV/AIDS), czy niechcianą ciążą. Używanie

¹²⁵ <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkancow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html> [dostęp 05.06.2016r.]

¹²⁶ K. Kowalczevska-Grabowska, *Zachowania seksualne*, w: *Profilaktyka społeczna. Aspekt teoretyczno-metodyczny*, red. K. Borzucka- Sitkiewicz, K. Kowalczevska-Grabowska, wyd. UŚ, Katowice 2014, s. 58-59. por. Z. Lew- Starowicz, *Zdrowie seksualne- historia, kryteria, promocja*, w: *Zdrowie seksualne...* op. cit., s. 9.

prezerwatyw, unikanie tak zwanego „przypadkowego seksu”, ograniczona liczba partnerów seksualnych, zmniejszają ryzyko powstania powyższych zagrożeń¹²⁷.

Warto w tym miejscu przytoczyć wyniki badań prowadzonych w roku 2005 przez Z. Izdebskiego na grupie 3200 osób (losowo wybranych), a dotyczących zachowań seksualnych Polaków. Z badań tych wynika, iż znaczna część Polaków podejmuje ryzykowane zachowania seksualne- aż 36% mężczyzn i 47% kobiet nie używało prezerwatywy w czasie ostatniego kontaktu seksualnego z inną osobą niż stały partner¹²⁸. Badania tego samego autora z roku 2012 potwierdzają podejmowanie przez znaczną część Polaków 1.4.1. ryzykowanych zachowań związanych z seksem. Tylko 23% ankietowanych deklarowało, że odbywając stosunki seksualne stosowało prezerwatywy, a 37% w ogóle ich nie używało. Z kolei aż 43% respondentów deklarowało uprawianie seksu poza stałym związkiem¹²⁹.

Zgodnie z założeniami holistycznego modelu zdrowia, istotnym jego wymiarem obok aspektu somatycznego jest *zdrowie psychospołeczne* oraz zachowania mające na celu jego ochronę. Do zachowań sprzyjających prawidłowemu funkcjonowaniu psychospołecznemu zaliczyć można: stosowanie technik redukcji stresu, zachowywanie właściwych relacji interpersonalnych, udzielanie i otrzymywanie wsparcia społecznego, poświęcanie odpowiedniego czasu na odpoczynek, relaks i sen.¹³⁰ Sen należy bowiem do podstawowych potrzeb biologicznych człowieka, normą zdrowotną dla osób dorosłych jest 7-8 godzin snu. Ponadto istotne znaczenie ma także jakość snu oraz rytuały ułatwiające zasypianie. Istnieje istotny związek między czasem trwania snu i jego jakością, a stanem zdrowia i samopoczuciem ludzi¹³¹. Co więcej, utrzymywanie zdrowia psychospołecznego ma bezpośrednie przełożenie na naszą jakość życia, a także na nasze funkcjonowanie w wymiarze somatycznym.

Raport TNS z 2015 roku wskazuje, iż 53% badanych Polaków w dni robocze poświęca na sen przeciętnie 7-8 godzin, a 30% 5-6 godzin. Ponadto większość badanych deklarowało nieodpowiednią jakość snu, skarżąc się na poczucie zmęczenia i nie wyspania zaraz po przebudzeniu oraz w ciągu dnia¹³².

Powyższa analiza wskazała, iż na wielu płaszczyznach styl życia Polaków wymaga korekty, a ich zachowania zdrowotne bardzo często stanowią zagrożenie dla zdrowia. Badania

¹²⁷ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...* op. cit. s. 63.

¹²⁸ Ibidem, s. 62-63.

¹²⁹ B. Woynarowska, *Styl życia i zachowania zdrowotne Polaków w: Edukacja zdrowotna*, red. B. Woynarowska, wyd. PWN, Warszawa 2017, s. 67.

¹³⁰ por. K. Borzucka- Sitkiewicz, *Zdrowie psychiczne*, w: *Edukacja zdrowotna...* op. cit., s. 173-175.

¹³¹ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...* op. cit. s. 57.

¹³² ¹³² B. Woynarowska, *Styl życia i zachowania zdrowotne Polaków w: Edukacja zdrowotna*, red. B. Woynarowska, wyd. PWN, Warszawa 2017, s. 64.

własne przeprowadzone w ramach niniejszej rozprawy pozwoliły zdiagnozować, jak wygląda sytuacja w odniesieniu do mieszkańców województwa śląskiego.

Niewłaściwe zachowania zdrowotne mogą być tragiczne w skutkach, jednakże sytuacja nie jest aż tak dramatyczna, bowiem zgodnie ze zdaniem profesjonalistów, zachowania zdrowotne to determinanty modyfikowalne- kolejny podrozdział zawiera szczegółowe informacje na ten temat.

1.4.2. Teorie wyjaśniające zachowania zdrowotne i możliwości ich modyfikacji- implikacje socjologiczne i psychopedagogiczne

Z perspektywy poznawczej pojęcie zachowań zdrowotnych mieści się w polu zainteresowań wielu dyscyplin naukowych, wśród nich: medycyny, psychologii, pedagogiki, socjologii i nauk związanych z wychowaniem fizycznym. Kategorie zdrowia, stylu życia i zachowań zdrowotnych są również silnie sprzężone z realizacją ogólnych celów wychowawczych, bowiem zgodnie ze słowami M. Demela: *„wychowanie zdrowotne partycypuje w realizacji generalnych celów wychowania, zmierzając do poznania i rozumienia samego siebie oraz opanowania najtrudniejszej ze sztuk- sztuki życia”*¹³³. W związku z tym, działania wychowawcze powinny być ukierunkowane na wzmacnianie potencjału zdrowotnego młodych ludzi poprzez kształtowanie prozdrowotnego stylu życia, jako współczesnej kategorii wychowawczej, bowiem wybieranie takiego właśnie stylu życia sprzyja harmonijnemu rozwojowi fizycznemu, psychicznemu, społecznemu oraz dobremu samopoczuciu we wszystkich wymiarach zdrowia. Zachowania zdrowotne dotyczą sfery behawioralnej funkcjonowania człowieka, dlatego podejmowane w tym obszarze działania wychowawcze powinny dotyczyć modelowania zachowań sprzyjających zdrowiu. Oznacza to oczywiście umożliwianie praktykowania korzystnych dla zdrowia nawyków, uświadamianie osobistej odpowiedzialności za zdrowie oraz zdrowotnych konsekwencji podejmowanych decyzji¹³⁴.

Na proces podejmowania decyzji w sprawach zdrowia ma wpływ wiele czynników. Dotyczy to nie tylko młodzieży, ale ludzi w każdym wieku, gdyż oddziaływania pedagogiczne w zakresie zdrowia odnoszą się do całych populacji, bowiem umacniać swój

¹³³ B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna... op. cit., s.126.

¹³⁴ por. M. Kowlaski, A. Gaweł, Zdrowie-wartość-edukacja... op. cit. s. 110-112.

potencjał zdrowotny powinno się w każdym wieku. Powinność tę uwzględnia się również w strategiach edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Koncepcje teoretyczne wyjaśniające zachowania zdrowotne w zasadzie można sprowadzić do dwóch głównych paradygmatów, a mianowicie do *teorii społecznego uczenia się* oraz *teorii atrybucji*¹³⁵.

Teoria społecznego uczenia się autorstwa A. Bandury, wyjaśnia zachowania zdrowotne procesami warunkowania, samokontroli i modelowania. W myśl tej teorii istnieją dwa źródła zachowania jednostki, pierwsze z nich to uczenie się poprzez konsekwencje własnych działań, w oparciu o metodę prób i błędów, zaś drugie źródło dotyczy społecznego modelowania. Zachodzi ono dzięki obserwacji zachowań innych osób- wraz z analizą skutków tychże zachowań. W uczeniu poprzez modelowanie biorą udział procesy uwagi, przechowywania informacji, przekształcania symbolicznych reprezentacji zapamiętanych zachowań w program własnych działań i procesy motywacyjne. Dzięki nim człowiek nabywa wiedzę o świecie społecznym i normach w nim panujących, przyswaja także różne zachowania. Proces modelowania ma charakter zindywidualizowany, nie jest wierną imitacją zachowań, a raczej twórczą aktywnością podmiotu¹³⁶.

A. Bandura mówi także o *modelowaniu abstrakcyjnym* polegającym na wydobywaniu przez obserwatora ogólnych reguł rządzących różnymi zachowaniami i wykorzystaniu ich do generowania własnych zachowań w przyszłości. Regulatorem tych działań jest wiedza o ich następstwach, nie tylko w doświadczeniu własnym, ale również przez obserwację konsekwencji ponoszonych przez innych ludzi. W kształtowaniu określonych zachowań, istotne znaczenie ma także system kar i nagród, czyli wzmocnienia pozytywne i negatywne- zarówno te, których źródłem są inni ludzie, jak i my sami. A. Bandura wskazał również na zasadniczą rolę oczekiwań dotyczących *własnej skuteczności*, jako procesu pośredniczącego w podejmowaniu danego zachowania. Teoria społecznego uczenia się została udowodniona w wielu badaniach, jednak ludzie różnią się od siebie pod względem wrażliwości na modelowanie. Wrażliwość ta zależy od cech modelu, cech obserwatora oraz odczuwanych przez obserwatora skutków naśladowania zachowań modelu¹³⁷. Nie ulega wątpliwości, iż pierwszym źródłem modelowania jest rodzina, bowiem obserwowanie zachowań rodziców prowadzi do przyswajania symbolicznych reprezentacji zachowań, jako schematów

¹³⁵ Z. Juczyński, Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia... op. cit., s. 14.

¹³⁶ A. Bandura, Teoria społecznego uczenia się, wyd. PWN, Warszawa 2007, s. 58-65.

¹³⁷ Ibidem

późniejszych zachowań samej jednostki. Dalsze etapy społecznego uczenia się przebiegają w kolejnych środowiskach socjalizacyjnych.

Z kolei *teoria atrybucji* opiera się na wyjaśnianiu przyczyny zdarzeń i zachowań, co umożliwia ich kontrolę, bowiem kontrola ta odgrywa istotną rolę w ocenie znaczenia bodźców oraz wpływu tych bodźców na zachowanie człowieka. Spostrzeganą kontrolę można określić, jako pewne przekonanie o możliwości wpływu na własne stany wewnętrzne, na środowisko oraz zachowania, tak by uzyskiwać zamierzone skutki. W myśl teorii atrybucji istnieją dwa rodzaje poczucia kontroli. Pierwszy z nich to *poczucie kontroli behawioralnej*, czyli świadomość, iż dysponuje się możliwościami oddziaływania na negatywne konsekwencje zdarzeń poprzez przerwanie danej sytuacji, ograniczenie jej skutków lub skrócenie czasu jej oddziaływania. Zaś drugi rodzaj stanowi *poczucie kontroli poznawczej*, odnoszące się do tego, co myślimy o zdarzeniach. Jest to zatem świadomość, że mamy do dyspozycji takie strategie poznawcze, które pomogą ograniczyć negatywne konsekwencje danej sytuacji¹³⁸.

W ramach powyższej teorii wyjaśniającej poczucie kontroli nad sytuacją, istotne znaczenie ma także *poczucie umiejscowienia kontroli* oraz *własnej skuteczności*. Osoby *wewnętrzsterowne*, czyli o wewnętrznym poczuciu umiejscowienia kontroli, są przekonane, iż to czego doświadczają jest wynikiem ich aktywności. Natomiast osoby *zewnętrzsterowne*, czyli o zewnętrznym poczuciu umiejscowienia kontroli, interpretują zdarzenia, jako wynik działania sił zewnętrznych. Z kolei poczucie własnej skuteczności odnosi się do przekonania jednostki, dotyczącego jej szans osiągnięcia pożądanego celu w danej sytuacji. Zarówno umiejscowienie poczucia kontroli, jak i poczucie własnej skuteczności mogą mieć wpływ na podejmowanie przez ludzi zachowań prozdrowotnych. Otóż osoby wewnętrzsterowne są bardziej skłonne „brać sprawy w swoje ręce” i aktywnie działać na rzecz własnego zdrowia. Podobnie z osobami o wysokim poczuciu własnej skuteczności- osoby takie lepiej radzą sobie z problemami zdrowotnymi i podejmują bardziej świadome decyzje w obrębie zachowań zdrowotnych¹³⁹.

W psychologii funkcjonuje wiele teorii i modeli wyjaśniających, jak kształtuje się zachowanie człowieka ukierunkowane na cel, a co za tym idzie, jakie istnieją możliwości modyfikacji zachowań zdrowotnych. I. Heszen i H. Sęk dokonują podziału owych modeli i koncepcji na trzy grupy. Pierwsza grupa to *modele motywacyjne*, które dotyczą

¹³⁸ A.K. Wallston, Assessment of control in health care settings, w: Stress, personal control and health, red. A. Steptoe, A. Appels, wyd. Wiley, London 1989, 2.5.

¹³⁹ Z. Juczyński, Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia... op. cit., s. 14-15. por. I. Heszen. H. Sęk, Psychologia zdrowia...op. cit. s. 113-117.

kształtowania intencji podjęcia zachowania i ujmują czynniki decydujące o powstaniu zamiaru zainicjowania danego zachowania. Drugą grupę stanowią *modele postintencjonalne* wyjaśniające czynniki wpływające na wykonanie powstałego zamiaru. Ostatnia grupa to z kolei *modele procesualne* oraz *fazowe* podkreślające przebieg zmian w czasie za pośrednictwem konkretnych faz.

Najstarszym modelem z grupy motywacyjnych, wyjaśniającym zmianę zachowań zdrowotnych jest *model przekonań zdrowotnych* (*Health Belief Model, HBM*). Model ten opiera się na koncepcji podejmowania decyzji i zakłada się w nim, że ludzie są skłonni zachować się w sposób zapobiegający chorobie, gdy zyski z takiego zachowania przewyższą koszty, jakie trzeba ponieść. Uwarunkowaniami tych zachowań są *przekonania zdrowotne* dwojakiego rodzaju: *przekonania o poziomie zagrożenia* (ryzyka) i *własnej wrażliwości*. Decyzja o podjęciu zachowań prozdrowotnych wynika z faktu, iż w procesach percepcji i oceny, bilans jest motywujący i dodatkowo włączają się zewnętrzne aktywatory w postaci zachęt, np. ze strony doradców, mass mediów itp. Mimo empirycznego potwierdzenia elementów tego modelu, ma on pewne ograniczenia, główny zarzut wynika z faktu, iż obejmuje on głównie działania prewencyjne, pomijając inne zachowania zdrowotne. Ponadto model *HBM* pomija fazowość kształtowania się poszczególnych zachowań¹⁴⁰.

Wykorzystując ten model w oddziaływaniach pedagogicznych na rzecz zdrowia, należy uwzględniać indywidualną percepcję zdrowia i choroby oraz przewidywanych zysków i kosztów. Ponadto powinno się zwiększać gotowość do zmian poprzez umiarkowane uświadamianie zagrożenia oraz eksponowanie korzyści wynikających ze zmiany¹⁴¹.

Według *teorii motywacji do ochrony* (*Protection Motivation Theory*) informacje o zagrożeniu zdrowotnym, które rejestruje jednostka, dają początek procesom poznawczym, a mianowicie *ocenie zagrożenia* (*Threat Appraisal*) i *ocenie możliwości poradzenia sobie z owym zagrożeniem* (*Coping Appraisal*). Zmiennymi w procesie reagowania na zagrożenie zdrowotne i powstawaniu intencji zachowania są przekonanie o powadze zagrożenia, o własnej podatności, a także przekonanie o efektywności zachowania oraz postrzegana własna skuteczność¹⁴².

Z kolei *teoria uzasadnionego działania* (*Theory of Resoned Action, TRA*) również należąca do grupy modeli motywacyjnych zakłada, że w kształtowaniu zachowań ludzie biorą

¹⁴⁰ L. Gromulska, M. Piotrowicz, D. Cianciora, Własna skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz w edukacji zdrowotnej "Przegląd Epidemiologiczny" 2009;63, s. 427-432.

¹⁴¹ B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna... op. cit., s. 114.

¹⁴² R.W. Rogers RW, Cognitive and physiological processes infear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. w: Social Psychophysiology, red. J. Cacioppo, R. Petty, wyd. Guilford Pres, New York 1983, s. 153-176.

pod uwagę dostępne informacje o sytuacji i rozważają konsekwencje swoich zachowań. Teoria ta odnosi się do różnorodnych zachowań ludzkich, nie tylko do zachowań zdrowotnych. Ponadto główną rolę w tym modelu odgrywa kontrola wolicjonalna i jej sedno, czyli *intencja*-zamiar wykonania zachowania. W odpowiednich okolicznościach następuje przełożenie zamiaru na bezpośrednie działanie. W kształtowaniu intencji uczestniczy *postawa* wobec określonego zachowania oraz *norma subiektywna* dotycząca tego zachowania. Podłożem obu czynników są *przekonania*- w przypadku postawy wobec zachowania są to *przekonania behawioralne* o wyniku danego zachowania oraz *ocena* tego wyniku. Natomiast norma subiektywna odzwierciedla społeczną presję do wykonania danego zachowania. Podłożem tej normy są z kolei *przekonania normatywne* dotyczące oczekiwań społecznych oraz motywacja do podporządkowania się im¹⁴³. Z czasem teoria ta została poszerzona o aspekt *spostrzeganej kontroli behawioralnej* i tak zrodziła się *teoria planowanego zachowania* (*Theory of Planned Behaviour, TPB*). Podstawą spostrzeganej kontroli behawioralnej jest przekonanie dotyczące kontroli, stanowiące efekt przeszłych doświadczeń dotyczących danego zachowania oraz innych czynników określających spostrzeganą trudność zachowania pochodzących z doświadczeń innych. Przyjmuje się, że jeśli sytuacja, bądź rodzaj zachowania umożliwiają całkowitą kontrolę nad jego wykonaniem, wtedy za model wyjaśniający można przyjąć TRA i czynniki wpływające z tego modelu. Natomiast, jeśli możliwość wolicjonalnej kontroli nad zachowaniem jest niewielka, wówczas wykorzystuje się teorię planowanego zachowania uwzględniającą rolę spostrzeganej kontroli behawioralnej¹⁴⁴.

W oddziaływaniach pedagogicznych z uwzględnieniem trzech powyższych modeli należy dążyć do przekonania odbiorcy, iż dane zachowanie jest dobre i przyniesie korzyść. Istotną rolę może mieć również przekonanie odbiorców o poparciu zmiany ze strony osób znaczących z ich otoczenia¹⁴⁵.

Do grupy *modeli postintencjonalnych* należy *model rozpoczynania działania* (*Goal Setting Pursuit*) opisujący zmienne zwiększające szanse na wystąpienie zachowania. Zasadniczym krokiem w rozpoczynaniu działania jest ustalanie celów w oparciu o opracowany planu działania. Plan ten ma służyć zwiększaniu motywacji do zmiany zachowania. Badania wskazują, iż cele bardziej ambitne i trudniejsze powodują zwiększenie

¹⁴³ A. Łuszczynska, *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczą?*, wyd. GWP, Gdańsk 2004, s. 22-23.

¹⁴⁴ I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia...* op. cit., s. 125-127.

¹⁴⁵ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...* op. cit., s. 116.

motywacji do zmiany. Na decyzję próbowania, czyli kluczowy etap rozpoczynania zachowania, wpływa również poczucie własnej skuteczności¹⁴⁶.

W poczet modeli postintencjonalnych wpisuje się także *model wcielania w życie intencji* (*Intention Implementation*), w którym za podstawowe wyznaczniki zachowania uznaje się intencję oraz planowanie. Planowanie stanowi mediator intencji, zatem sama intencja nie jest bezpośrednio związana z zachowaniem, jest raczej efektem tworzenia planów działania. Na pojawienie się intencji wpływają takie czynniki jak: przekonania behawioralne, przekonania normatywne oraz przekonania dotyczące kontroli¹⁴⁷.

Modele fazowe z kolei wyjaśniają co wpływa na zainicjowanie zachowania oraz możliwość jego utrzymania przez dłuższy czas. *Model procesu dostrzegania ryzyka* (*PAPM Precaution Adoption Process Model*) wyjaśnia zachowania służące redukcji spostrzeganego ryzyka. W modelu tym wyróżniono siedem faz: faza pierwsza- nieświadomość zagrożenia; faza druga- brak zaangażowania w zmianę zachowania mimo świadomości zagrożenia; faza trzecia- podejmowanie decyzji o działaniu lub braku działania przez analizę zysków i strat; faza czwarta- podjęcie decyzji o braku zachowania; faza piąta- podjęcie decyzji o zmianie; faza szósta- inicjacja zachowania, którego dotyczyła decyzja; faza siódma- utrzymywanie i stabilizacja nawyku. Zgodnie z omawianym modelem zmiana zachowania może nastąpić dopiero wtedy, gdy jednostka zacznie spostrzegać bezpośrednio jej dotyczące ryzyko zdrowotne. Jednak teoria ta nie wyjaśnia jakie czynniki społeczno- poznawcze determinują przejście przez kolejne fazy, a zwłaszcza w odniesieniu do dwóch ostatnich faz¹⁴⁸.

Model transteoretyczny (*TTM, Transtheoretical Model*) również ma charakter fazowy i wskazuje na pięć faz zmiany zachowań. Pierwsza faza to prekontemplacja, kiedy to jednostka nie rozważa potrzeby dokonywania zmiany. W fazie kontemplacyjnej natomiast następuje analiza zysków i strat ewentualnej zmiany zachowania. Kolejną fazę stanowi przygotowanie, czyli rozważanie jak będzie przebiegać ewentualna zmiana zachowania. Dwa etapy końcowe to: dokonanie zmiany oraz jej utrzymanie, czyli stabilizacja nawyku¹⁴⁹.

Pewnym uogólnieniem dotychczasowych teorii jest *procesualne podejście do działań zdrowotnych* (*HAPA, Health Action Proces Approach*). W tym modelu przyswajanie i utrwalanie czynności zdrowotnych ma charakter dwufazowy. W pierwszej fazie, zwanej *motywacyjną*, jednostka formułuje *intencję* danego zachowania, istotnym predykatorem tej

¹⁴⁶ L. Gromulska, M. Piotrowicz, D. Cianciora, Własna skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz w edukacji zdrowotnej... op. cit., s. 427-432.

¹⁴⁷ A. Łuczyńska, Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczą?... op. cit., s. 26-27.

¹⁴⁸ Ibidem, s. 36-37.

¹⁴⁹ Ibidem, s. 38-39.

fazy jest oczekiwanie wyniku, czyli przewidywanie pozytywnych zmian w wyniku zachowania zdrowotnego. Oczekiwanie pozytywnych zmian najsilniej wyznacza intencje, ale intencje te są także wzmacniane przez oczekiwanie własnej skuteczności. Intencje zdrowotne są także modyfikowane przez poczucie, że sytuacja zdrowotna konkretnej osoby jest poważna, gdyż znajduje się ona pod wpływem czynników patogennych. Druga faza to *faza działania*, służy realizacji planu oraz utrwalaniu zachowań. W związku z tą fazą pojawia się pytanie, dlaczego prozdrowotne intencje nie gwarantują skuteczności działań zdrowotnych. W celu odpowiedzi wykorzystuje się koncepcję siły woli do wprowadzenia zamiaru w czyn, która zależy przede wszystkim od *orientacji na działanie*, a nie na stan. Oznacza to, że jednostka skupia swoją uwagę na rozbieżności między stanem teraźniejszym i przyszłym, koncentrując się na możliwości zlikwidowania tej rozbieżności za pomocą konkretnego działania¹⁵⁰.

Istotne jest zatem takie oddziaływanie pedagogiczne, by zwiększyć świadomość i potrzebę do dokonania zmiany- doprowadzić do powstania intencji, a następnie dążyć do zwiększenia motywacji, umożliwić realizację zamiaru oraz umacniać odbiorców w postanowieniu utrwalenia zmian¹⁵¹. Właśnie *procesualne podejście do działań zdrowotnych* uznano za wiodące w ramach niniejszej rozprawy.

Jak wynika z powyższych rozważań, w większości modeli i teorii wyjaśniających kształtowanie zachowań zdrowotnych, istotne znaczenie ma *poczucie własnej skuteczności*. W *teorii własnej skuteczności (self-efficacy theory)* zmienna ta jest rozumiana, jako przekonanie o własnej zdolności zorganizowania i kontroli swojego zachowania, w celu doprowadzenia do określonego, oczekiwanego przez siebie wyniku tego zachowania. Przekonanie o własnej skuteczności prowadzi do powstawania oczekiwań dotyczących osiągnięcia podjętego działania. Przy wyborze konkretnego zachowania odgrywają rolę dwa czynniki: *zgeneralizowana własna skuteczność* – czyli ogólne przekonanie na temat własnych możliwości, oraz *specyficzna własna skuteczność* – przekonanie o własnej skuteczności dotyczące konkretnej sytuacji. Im silniejsze poczucie własnej skuteczności i związane z nim oczekiwanie, tym większe przekonanie o możliwości osiągnięcia przez siebie dobrych wyników, trwałych skutków oraz podtrzymywania działań prowadzących do celu¹⁵².

¹⁵⁰ A. Łuszczńska, *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?*, wyd. GWP, Gdańsk 2004, s. 14,35-46.

¹⁵¹ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...* op. cit., s. 119.

¹⁵² A. Bandura A, *Health Promotion by Social-Cognitive Means* „Health Education & Behavior” 2004;31, s. 143-164.

Ciekawej syntezy wszystkich opisanych wyżej koncepcji dokonał Z. Juczyński tworząc *kompetencyjny model zmiany zachowań zdrowotnych*. Zgodnie z modelem tym, tworzenie intencji oraz jej realizacja zależą od dwóch procesów: *motywacyjnego* oraz *wolicjonalnego*. Proces motywacyjny prowadzi do powstania zamiaru i składa się z trzech faz:

- *Faza przygotowania*: pojawiają się pobudki skłaniające do rozważenia wprowadzenia zmian w zachowaniach, a wpływające z postaw i subiektywnych norm jednostki, u podstaw których leżą przekonania.
- *Faza podejmowania decyzji*: jej efektem jest sformułowanie zamiaru, na który wpływa ocena spostrzeganego zagrożenia chorobą i ocena możliwych zysków oraz strat.
- *Faza planowania*: jej wynikiem jest ustalenie szczegółów realizacji zadań wchodzących w skład zamiaru. Jej predyktorami są: oczekiwana własna skuteczność, oczekiwanie wyniku działania oraz jego odległych skutków.

To właśnie sformułowana intencja może prowadzić do zmiany zachowania. W procesie wolicjonalnym, czyli na kolejnych etapach wprowadzania zmiany w życie, wyróżnić można dwie fazy:

- *Faza działania*: jednostka dokonuje kontroli i oceny wyników działania, a ewentualna gratyfikacja wzmacnia podejmowane zachowanie.
- *Faza podtrzymania zachowania*: pojawiają się przeszkody bądź wsparcie w realizacji celu i to one mają wpływ na wynik tej fazy¹⁵³.

Powyższy model opiera się, zatem na tezie o racjonalności ludzkich zachowań i jest wykorzystywany do planowania programów i strategii z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

I. Heszen i H. Sęk biorąc pod uwagę teoretyczne założenia poszczególnych modeli wyjaśniających zachowania zdrowotne, sformułowały szereg ogólnych zasad dotyczących modyfikacji zachowań zdrowotnych. Zasady te powinny zostać wykorzystane w oddziaływaniu pedagogicznym na rzecz zdrowia:

- Dokonywanie zmian w zachowaniach zdrowotnych powinno być efektem swobodnego wyboru;
- Zachowania te powinny być powiązane z systemem wartości jednostki i jej zadaniami rozwojowymi;

¹⁵³ Z. Juczyński, *Narzędzia pomiaru...* op. cit. s. 15-20.

- W realizacji decyzji istotne jest stawianie realistycznych celów sprzyjających aktywizacji poczucia własnej skuteczności;
- Strategie edukacyjne powinny być dostosowane do odbiorców i do kontekstu ich życia;
- W dokonywaniu zmian zachowań zdrowotnych istotne znaczenie ma wspomagające działanie innych osób- profesjonalistów, społeczności lokalnej, itp.
- Istotne znaczenia ma także wykorzystywanie w praktyce wiedzy o predyktorach zmian w zachowaniach i przebiegu tego procesu¹⁵⁴.

1.5. Socjokulturowe determinanty zdrowia, stylu życia i zachowań zdrowotnych

Omówione wcześniej uwarunkowania zdrowia dotyczą zarówno elementów *podmiotowych*- związanych z osobistymi właściwościami jednostki, jak i tych *pozapodmiotowych*, na które jednostka może mieć większy lub mniejszy wpływ. Do pozapodmiotowych czynników determinujących sposoby postępowania ludzi w kwestiach zdrowotnych należą bez wątpienia czynniki *socjokulturowe*. Są one wyznaczane poprzez przynależność jednostki do konkretnej kultury lub grupy społecznej. Zatem można stwierdzić, że zachowanie człowieka dokonuje się zawsze w określonym kontekście, który należy uwzględniać prowadząc badania. W analizie znaczenia wpływu tych czynników na wybierany przez ludzi styl życia, istotne znaczenia ma *teoria systemów ekologicznych* U. Bronfenbrennera, w której znaleźć można wiele podobieństw do omówionego już modelu ekosystemu człowieka, czyli Mandali zdrowia.

W teorii systemów ekologicznych zakłada się, iż rozwój człowieka ma miejsce w toku interakcji pomiędzy aktywnym organizmem, a osobami, obiektami i symbolami występującymi w jego otoczeniu. W centrum modelu U. Bronfenbrennera znajduje się człowiek i jego czynniki biologiczno- fizjologiczne oraz obraz siebie, świata, reakcje i czynności. Najbliżej człowieka znajduje się *mikrosystem*, czyli rodzina, szkoła, rówieśnicy, teren zabawy i pracy. System ten stanowi wzór aktywności i stosunków interpersonalnych jednostki, na który wpływa ma aktywność jednostki oraz jej bezpośrednie doświadczenia w tym środowisku. Kolejny element modelu stanowi *mezosystem*, który obejmuje relacje

¹⁵⁴ I. Heszen, H. Sęk, Psychologia zdrowia... op. cit. s. 139.

zachodzące pomiędzy częściami składowymi mikrosystemu. Zaś *egzosystem* zawiera środowiska niebędące w bezpośrednim doświadczeniu jednostki, ale mające wpływ na to co dzieje się w mikrosystemie jednostki (obejmuje np. mass media, czy lokalne władze). Ostatnią warstwę modelu stanowi *makrosystem*, w skład którego wchodzi kultura i podkultura oddziałująca na jednostkę przez tradycję i kulturowe wzory zachowań¹⁵⁵.

Kultura na gruncie socjologicznym funkcjonuje jako pojęcie neutralne i odnosi się do wszystkich elementów życia człowieka niemających charakteru biologicznego, czyli zarówno do dóbr materialnych jak i duchowych, przekazywanych z pokolenia na pokolenie i będących w użytku całej społeczności. Zatem każdy człowiek jest uczestnikiem jakiejś kultury, która wyznacza wartości i normy postępowania członków danej zbiorowości, w związku z tym kultura ta istotnie determinuje zachowania ludzi, również w obrębie zdrowia. Powyższa teza jest zgodna z definicją N. Goodmana, który pisze, iż *kultura* stanowi względnie zintegrowaną całość i obejmuje zachowania ludzi przebiegające według wzorów wspólnych dla całej zbiorowości społecznej. Wzory te są wykształcane i przyswajane w toku integracji¹⁵⁶.

Charakterystyczne dla danej kultury zachowania reguluje system *norm społecznych* określających sposoby postępowania w konkretnych sytuacjach. W skład owych norm wchodzi *zwyczaje*, czyli rutynowe czynności życia codziennego oraz *obyczaje* związane z kolei z oceną moralną i będące najważniejszymi elementami danej kultury¹⁵⁷. Zatem wiedza kulturowa z jednej strony nadaje sens otaczającej rzeczywistości, a z drugiej zaś strony przywołuje mentalne wzory odpowiednich zachowań¹⁵⁸.

Podobne przekonanie o kulturze warunkującej sposób postrzegania świata i zachowania ludzi, wyraża P. Bourdieu, tworząc *konceptę habitusu*, wskazuje, iż: „*nasza percepcja otaczającego świata, dokonywane przez nas wybory są w znacznej mierze zdeterminowane niezależną od świadomości strukturą kulturową, zawierającą uogólnione reguły, symbole, normy, wzory, sposoby postrzegania i oceniania zjawisk, nazwaną habitusem*”¹⁵⁹. Struktura ta stanowi swego rodzaju kapitał symboliczny będący niejako wyposażeniem wszystkich członków społeczeństwa, odziedziczonym lub nabytym w procesie socjalizacji. Habitus wpływa zatem na bardzo wiele zachowań ludzi i wyznacza style życia określonych grup.

¹⁵⁵ M. Zadworna- Cieślak, N. Ogińska- Bulik, *Zachowania zdrowotne młodzieży- uwarunkowania podmiotowe i rodzinne*, wyd. DIFIN, Warszawa 2011, s. 48-49.

¹⁵⁶ B. Tobiasz- Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby...* op. cit., s. 65.

¹⁵⁷ K. Borzucka- Sitkiewicz, *Kształtowanie zachowań zdrowotnych w procesie socjalizacji a styl życia...* op. cit. s. 40.

¹⁵⁸ G. Piechaczek- Ogierman, *Postawy zdrowotne uczniów i ich socjokulturowe uwarunkowania*, wyd. Adam Marszałek, Toruń 2009, s. 55.

¹⁵⁹ A. Ostrowska, *Styl życia a zdrowie...* op. cit., s. 25.

Kapitał kulturowy wyznacza wzory przebiegu życia człowieka określające jednocześnie sposób jego zachowania. Wzór kulturowy można zdefiniować jako ustalony w zbiorowości sposób zachowania lub myślenia. Antropolodzy wskazują, iż kultura każdego społeczeństwa tworzy własne wzorce kształtujące się w procesie dziejów danego społeczeństwa. W kulturze funkcjonują na przykład *kulturowe wzory zachowań zdrowotnych*, czyli jak podaje E. Roman, społecznie ujawnione sposoby chronienia zdrowia, przekazywane w procesie socjalizacji¹⁶⁰. Wzory zachowań zdrowotnych determinują zatem postępowanie związane z odżywianiem, modelem rodziny, higieną, wypoczynkiem, itp. Zdaniem E. Syrek kulturowe wzory zachowań zdrowotnych są uwarunkowane socjalizacją pierwotną, ale także postępem cywilizacyjnym oraz działaniami instytucjonalnymi. Ponadto stanowią wynik interakcji w grupach społecznych o charakterze instytucjonalnym i pozainstytucjonalnym, a współcześnie są też wyznaczane przez przekazy kultury masowej¹⁶¹. W kręgu naszej kultury wzorzec człowieka zdrowego określany jest głównie poprzez aktualny stan wiedzy medycznej. Oczywiście istotną rolę w procesie przekazywania treści i wzorów kulturowych odgrywa *tradycja*. Wiele wzorów zachowań zdrowotnych (np. tych związanych z odżywianiem) wywodzi się właśnie z tradycji. Jednak, jak wynika z licznych analiz, w naszym społeczeństwie występuje niewiele tradycyjnych wzorów kulturowych zachęcających do troski o zdrowie i do zdrowego stylu życia¹⁶². Charakterystyczne dla współczesnej rzeczywistości jest jednak zjawisko *synkretyzacji*, czyli przyswajania nowych wzorców kulturowych- również idei naukowych¹⁶³. W tym zjawisku można zatem upatrywać możliwości pozytywnej zmiany tradycyjnych wzorów zachowań zdrowotnych. Współcześnie, jak podaje M. Mead ludzie stają się częścią systemu połączeń i przepływu informacji, który stale się zazębia- system ten jest oparty na wynalazkach elektronicznych. Współczesny świat nie jest już oparty na autorytetach starszych pokoleń, ich miejsce zajmują zróżnicowane wzorce o różnym pochodzeniu¹⁶⁴.

W ostatnich latach dużą popularnością cieszą się na przykład wzorce związane z aktywnością fizyczną oraz zdrowym odżywianiem. Można więc mówić o upowszechnianiu

¹⁶⁰ E. Roman, *Młodzież studiująca wobec wartości zdrowia*, wyd. Eruditus, Poznań 1998, s.18.

¹⁶¹ E. Syrek, *Kulturowe aspekty zachowań zdrowotnych w sytuacji zmiany społecznej*, w: *Spółeczeństwo. Demokracja. Edukacja. Nowe wyzwania w pracy socjalnej*, red. K. Marzec- Holka, wyd. Uczelniane Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2000, s. 310.

¹⁶² por. A. Radziejewicz- Winnicki, *Modernizacja niedostrzeganych obszarów rodzimej edukacji*, wyd. Śląsk, Katowice 1999, s. 136-154.

¹⁶³ por. G. Piechaczek- Ogierman, *Postawy zdrowotne uczniów i ich socjokulturowe uwarunkowania...* op.cit., s. 55-57.

¹⁶⁴ M. Mead, *Kultura i tożsamość. Studium dystansu międzypokoleniowego*, wyd. PWN, Warszawa 1978, s.104-105.

się zjawiska aktywnego stosunku do własnego zdrowia. Te prozdrowotne wzorce (zgoła odmienne od tych tradycyjnych) są popularyzowane przez różne instytucje oraz przez telewizję, czasopisma i Internet. Socjologowie są zgodni, iż we współczesnej kulturze społeczeństw zachodnich istotne miejsce (w tworzeniu nowych wzorów kulturowych) zajmują mass media, czyli środki masowego przekazu. Można je zdefiniować, jako ogół elektrycznych i elektronicznych sposobów odtwarzania, zapisywania i rozpowszechniania obrazów oraz dźwięków, stosowanych do komunikowania masowego służącego zorganizowanemu odbiorowi indywidualnemu lub zbiorowemu¹⁶⁵. Zatem środki te służą przekazywaniu pewnych treści dużej liczbie zróżnicowanych odbiorców. W poczet mass mediów wpisuje się: Internet, fotografię, prasę, radio i telewizję.

Oczywiście wzorce tworzone przez media nie zawsze mają charakter pozytywny. Nie ulega wątpliwości, iż środki masowego przekazu bezpośrednio i agresywnie wpływają na sposób postrzegania i interpretacji świata przez członków kultury zachodniej. U. Eco pisze, iż *„żyjemy w kulturze, w której mass media nie tylko istnieją, lecz także determinują nasz sposób myślenia, choćbyśmy uważali się za skutecznie odizolowanych(...)"*¹⁶⁶. Z. Melosik natomiast stwierdza, że współcześnie poczucie świata zostało przededefiniowane, bowiem dla uczestnika kultury zachodniej to, co realne wypływa z jego percepcji mass mediów, a nie z bezpośredniego kontaktu z rzeczywistością¹⁶⁷.

Powyższa analiza wykazała, iż współcześnie zmienia się kontekst życia człowieka i coraz większego znaczenia nabiera jego kontakt z mediami. Mass media, zgodnie z koncepcją U. Bronfenbrennera, stanowią egzosystem podsuwając wzory kultury popularnej oraz określone systemy wartości. Kształtują więc zainteresowania, wzory zachowań i postawy człowieka w stosunku do otaczającej go rzeczywistości¹⁶⁸. Nie mogą zatem być pomijane w rozważaniach teoretycznych i oddziaływaniach praktycznych związanych z edukacją zdrowotną. Kolejny rozdział niniejszej dysertacji zawiera szczegółową analizę specyfiki współczesnej kultury masowej i zjawisk w niej obecnych stanowiących nowy punkt odniesienia żyjących obecnie ludzi.

¹⁶⁵ M. Kupisiewicz, Cz. Kupisiewicz, Słownik pedagogiczny, wyd. PZWL, Warszawa 2009, s. 308.

¹⁶⁶ M. Świerkocki, Postmodernizm. Paradygmat nowej kultury, wyd. Uniwersytet Łódzki, Łódź 1997, s. 20.

¹⁶⁷ Z. Melosik, Współczesne amerykańskie spory edukacyjne, wyd. UAM, Poznań 1994, s. 163.

¹⁶⁸ J. Bednarek, Media w edukacji, wyd. Mikom, Warszawa 2002, s. 246.

Rozdział 2. Współczesna kultura masowa a styl życia ludzi

2.1. Specyfika kultury masowej i przekazów medialnych

Określenia *kultura masowa* użył po raz pierwszy M. Horkheimer w roku 1941, natomiast D. MacDonald zrobił to w 1944r. Według E. Morina kultura masowa jest wytwarzana zgodnie z uwzględniającymi masę towarową normami produkcji przemysłowej, rozprzestrzeniana przy pomocy technik przekazu masowego, zwracający się do mas społecznych, tzn. do gigantycznego zbiorowiska jednostek ludzkich. Z kolei A. Kłoskowska definiuje tę kulturę, jako ogół treści przekazywanych przez środki masowego komunikowania o najszerszym obiegu. Pojęcie *kultura masowa* często utożsamiane bywa z pojęciem *kultury popularnej*, co wydaje się być błędem, bowiem jeśli przyjmiemy w/w definicję kultury masowej, to kulturę popularną należy odnosić do tej - na ogół dominującej – części przekazów kultury masowej, które zyskują szeroką aprobatę m.in. dzięki łatwości odbioru¹⁶⁹. Wielu autorów uznaje, że pojęcie kultury masowej znacznie dokładniej oddaje jej charakter bowiem jest ona wyłącznie i bezpośrednio efektem masowego spożycia¹⁷⁰. Kultura popularna obejmuje zatem treści, które niezależnie od przekazu są łatwe w odbiorze, często skonwencjonalizowane oraz zawierają wyraźne elementy rozrywkowe i tym samym przyciągają liczną publiczność. Kultura popularna, która zdefiniowana jest przez cechy treści przekazu, obejmuje przejawy kultury masowej budzące zainteresowanie wielu odbiorców i przejawy kultury ludycznej, które funkcjonują poza środkami masowego przekazu¹⁷¹. Przyjmując zatem powyższe rozróżnienia definicyjne, w niniejszej dysertacji pojęcia *kultura masowa* i *kultura popularna* nie będą uznawane za synonimy, a co za tym idzie, nie będą stosowane zamiennie.

Według A. Kłoskowskiej kultura masowa jest produktem wtórnym rewolucji przemysłowej, przełomu XVIII i XIX wieku, a jej skutki objawiły się pod koniec XIX i na początku XX wieku. Początki kultury masowej wiążą się zatem z rewolucją przemysłową, w wyniku której zaczęły powstawać charakterystyczne środki przekazu- prasa drukarska umożliwiającą masowy druk gazet. Drugim etapem rozwoju kultury masowej było pojawienie

¹⁶⁹ A. Kłoskowska, Socjologia kultury, wyd. PWN, Warszawa 1981, s. 461.

¹⁷⁰ D. MacDonald, Teoria kultury masowej, w: Kultura masowa, red. D. MacDonald, C. Greenberg, M. McLuhan, E. van den Haag, L. A. Fiedler, M. Tumin, wyd. Literackie, Kraków 2002, s. 14.

¹⁷¹ M. Golka, Socjologia kultury, wyd. Scholar, Warszawa 2007, s. 144-180.

się radia i telewizji. Trzeci etap łączy się zaś z pojawieniem się komputerów osobistych i Internetu oraz telefonii komórkowej¹⁷².

Genezy rozwoju kultury masowej należy doszukiwać się także w zjawiskach takich jak demokracja polityczna, oraz powszechna oświata. Czynniki te doprowadziły do załamania monopolu dawnej klasy w dziedzinie kultury. W społeczeństwie przedindustrialnym było miejsce zarówno dla kultury elitarnej, ale także dla autentycznej kultury ludowej, która wyrastała z korzeni wiejskich. Taka autentyczna kultura ludowa nigdy nie aspirowała do miana sztuki, ale jej odrębność była akceptowana i szanowana. Sytuacja uległa zmianie wraz z procesami industrializacji oraz urbanizacji, czego efektem była zwiększająca się anonimowość, załamanie wspólnoty oraz moralności ludzkiej. Funkcjonujący dotąd kolektywizm ustąpił miejsca rosnącej indywidualizacji i kształtującej się anonimowej masie społecznej, podatnej na manipulacje ze strony mass mediów, stanowiących źródło zastępczej wspólnoty i moralności. Zatem w związku ze zmieniającą się sytuacją społeczną, a co za tym idzie- stopniową ewolucją potrzeb członków społeczeństwa- kultura masowa zaczęła niejako konkurować z kulturą elitarną- wysoką¹⁷³.

W owych przemianach źródło dochodów znaleźli przedsiębiorcy, których głównym celem stało się zaspokajanie kulturalnych potrzeb masowego odbiorcy. Postęp techniczny zaś umożliwił produkcję wytworów kultury mas, a mianowicie książek, pism, obrazów, muzyki- w ilości dostatecznej, aby nasycić rynek. Powstały też nowe środki komunikacji takie jak telewizja, radio, Internet, szczególnie dobrze dostosowane do masowego wyboru i masowej dystrybucji¹⁷⁴. Zatem od zawsze kultura masowa była ściśle skorelowana z mass mediami. Do podstawowych funkcji mass mediów w kulturze masowej, zalicza się: *funkcję informacyjną, opiniotwórczą, edukacyjną, rozrywkową, integracji społecznej oraz propagandową*¹⁷⁵. Odnosząc się natomiast do klasyfikacji środków masowego przekazu, najczęściej dzieli się je ze względu na rodzaj percepcji, czyli ze względu na narząd zmysłu zaangażowany w odbiór treści. Zgodnie z tym, wyróżnić można trzy główne grupy środków masowego przekazu: *wizualne* (odbierane za pomocą wzorku, np. prasa); *audialne* (odbierane za pośrednictwem słuchu, np. radio) oraz *audiowizualne* (łączące przekaz wzrokowy i słuchowy, np. telewizja). Wymieniając rodzaje mediów, nie można pominąć tzw. *nowych*

¹⁷² Ibidem

¹⁷³ D. Strinati, Wprowadzenie do kultury popularnej, przeł. W. J. Burszta, wyd. Zyska i S-ka, Poznań 1998, s. 21

¹⁷⁴ D. Macdonald, Teoria kultury masowej, w: Antropologia kultury. Zagadnienia i wybór tekstów, red. A. Mencwel, wyd. UW, Warszawa 2005, s. 543.

¹⁷⁵ M. Ejsmont, B. Kosmalska, Media, wartość, wychowanie, wyd. Impuls, Kraków 2008, s. 51.

mediów o znaczeniu kluczowym dla rozwoju społeczeństw zachodnich (Internet, telefony komórkowe...)¹¹⁷⁶.

Co ciekawe kultura masowa i środki masowego przekazu (u początków swego istnienia) były tworem pasożytującym niejako na dorobku kultury wysokiej. Potwierdza to C. Greenberg wskazując, iż niezbędnym warunkiem istnienia kultury masowej był dostęp do kultury dojrzałej, której osiągnięcia potrafiła wykorzystać dla swoich celów¹¹⁷⁷. D. MacDonald stwierdza, że kultura masowa stanowi produkt fabrykowany odgórnie, za czym stoją ogromne zyski wielkich korporacji i ludzi biznesu, natomiast jej odbiorcy są biernymi konsumentami, których udział ogranicza się do wyboru pomiędzy kupnem albo odmową kupna¹¹⁷⁸.

Taśmowy charakter kultury masowej potwierdzają także rozważania T. Adorno i M. Horkheimera, czyli przedstawicieli tzw. *Szkoły Frankfurckiej*, którzy w kontekście kultury popularnej użyli terminu „*przemysł kulturalny*”. Uznali oni bowiem, że dobra kultury są produkowane w taki sam sposób jak inne dobra konsumpcyjne. Celem ich wytwarzania nie jest więc tworzenie sztuki, lecz zysk, a sposoby produkcji są zoptymalizowane na wzór innych branży funkcjonujących na rynku. Przemysł kulturalny działa na zasadzie linii montażowej produkując masowo swoje wytwory. Ponadto we współczesnych społeczeństwach nastąpiła swoista transformacja kultury w rozrywkę, przez co granice obu pojęć uległy zatarciu. Przekazy kultury masowej o charakterze rozrywkowym odznaczają się bezrefleksyjnością i bezwartościowością bowiem nie wymagają od odbiorców żadnej aktywności¹¹⁷⁹.

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania, można uznać, iż najstarszym i najbardziej rozpowszechnionym sposobem definiowania kultury masowej, jest przeciwstawienie jej kulturze elitarniej. Kultura masowa jawiła się jako kultura ludu, do niego skierowana i przez niego tworzona, jako kultura zawierająca wartości, idee, czy style całkowicie odmienne od przekazów kultury wysokiej. W ujęciu klasycznym kultura ta utożsamiana była ze swoistą *antykulturą* będącą zagrożeniem dla kultury elitarniej. Ten sposób ujęcia wskazuje także na specyficzny sposób przekazywania dzieła i formę kontaktu widza z przekazem. Stanowi ona bowiem jedyny rodzaj kultury, który upowszechniany jest za pomocą mass mediów. Kultura masowa posługuje się specyficznym typem komunikacji, w której odbiorca występuje w roli widza obcującego z przekazami transmitowanymi przez wyspecjalizowanego

¹⁷⁶ T. Goban- Kłás, *Cywilizacja medialna: geneza, ewolucja, eksplozja*, wyd. WSiP. Warszawa 2005, s. 34-38.

¹⁷⁷ C. Greenberg, *Awangarda i kicz*, w: *Kultura masowa...* op. cit. s. 37.

¹⁷⁸ D. Macdonald, *Teoria kultury masowej* ...op.cit. s. 544.

¹⁷⁹ M. Horkheimer, T. Adorno, *Dialektyka oświecenia. Fragmenty filozoficzne*, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa 2010, s. 12,137.

i profesjonalnego nadawcę, docierającego do milionów odbiorców za pomocą środków masowego przekazu¹⁸⁰.

Jednak wraz z upływem czasu i z rozwojem globalizacji termin *kultura masowa* przestał już mieć charakter wartościujący, nacechowany raczej pejoratywnie i stojący w opozycji do tzw. kultury wysokiej. Współcześnie kultura masowa funkcjonuje raczej obok kultury wysokiej, sama nie aspiruje do zajęcia pozycji tejże kultury, natomiast to odbiorcy swymi wyborami pokazują, która kultura [mas czy elit] staje się tą dominującą. Nie jest jednak tajemnicą, iż kultura elit jest raczej niszowa, wybierana przez mniejszość, bowiem większość konsumentów kultury skłania się ku tej bardziej przystępnej, czyli masowej. Oblicze kultury masowej uległo jednak przemianie i zyskało wiele niejednoznacznych, często trudnych do interpretacji zjawisk. Rzemieślnicy kultury masowej posługują się dziś zarówno dawnymi formami sztuki, jak i nowymi, własnymi środkami przekazu. Kultura masowa ma charakter mozaikowy, złożony z różnych elementów, powstałych w wyniku przenikania się treści, będących efektem syntezy rozmaitych motywacji twórczych ze specyficznymi potrzebami odbiorców. Nie ulega wątpliwości, że najpowszechniejszą formą, którą posługuje się współczesna kultura masowa jest obraz, zazwyczaj pozostający w stosunku do rzeczywistości w rozmaitych relacjach, przy czym *mimesis* jest tutaj rzadkością. Współczesny świat zdominowany przez przekazy kultury masowej, ze względu na specyfikę tychże przekazów, jest światem sfragmetaryzowanym, w którym — jak pisze Z. Melosik — „wszystko miesza się ze wszystkim”¹⁸¹. Kultura masowa rządzi się bowiem pewnymi prawami czyniącymi ją przystępną i zrozumiałą dla ogółu odbiorców bez względu na ich pochodzenie, status społeczny, wiek, czy płeć. Dzieje się tak, ponieważ twórcy kultury mas poszukują pewnego schematu zrozumiałego dla każdego odbiorcy. Proces ten zwany jest w literaturze *ujednoliceniem*¹⁸². Owo ujednolicenie, w obrębie zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej, jest możliwe między innymi dzięki ogólnym zasadom i warunkom mającym miejsce w społeczeństwie zurbanizowanym, a także dzięki podobieństwom w funkcjonowaniu środków masowego przekazu w różnych częściach świata. Ponadto ujednolicenie jest silnie sprzężone z procesem *dyfuzji*, czyli przenikania treści i zjawisk kultury masowej z miejsc, w których się zrodziły w inne, bez względu na literalną odległość między tymi miejscami. Należy zaznaczyć, iż większość zjawisk i procesów w obrębie kultury masowej zrodziło się w Stanach Zjednoczonych, a stamtąd rozprzestrzeniło się

¹⁸⁰ A. Kłoskowska, *Socjologia kultury*, wyd. PWN, Warszawa 1981, s. 461.

¹⁸¹ Z. Melosik, *Dyskursy zdrowia w społeczeństwie współczesnym: konteksty teoretyczne*, w: *Ciało i zdrowie...* op.cit., s. 23.

¹⁸² A. Kłoskowska, *Kultura masowa...* op. cit., s. 289.

w kierunku innych krajów wysokorozwiniętych. *Standaryzacja* wytworów kultury masowej sprawia, że zrozumie je zarówno mieszkańiec USA [gdzie miały swój początek], jak i Europy [gdzie przeniknęły w wyniku dyfuzji]. Niektórzy badacze nazywają ten proces *amerykanizacją*, która polega na wypieraniu z życia społecznego elementów rodzimej kultury, a wprowadzaniu na ich miejsce amerykańskich substytutów, dzięki czemu cały świat staje się podobny do Ameryki¹⁸³. Trafnym przykładem triady ujednolicenie- dyfuzja- standaryzacja, jest status restauracji *McDonald's* rozpoznawalnej przecież na całym świecie¹⁸⁴.

Z powyższymi zjawiskami ściśle łączy się również proces *homogenizacji*, którą można określić jako wymieszanie różnych elementów z różnych poziomów i podanie ich w postaci jednolitej, zbitej masy, która będzie przyswajalna dla każdego, innymi słowy homogenizacja polega na zacieraniu granic między elementami kultury różnych poziomów¹⁸⁵. A. Kłosowska powołując się na rozważania D. MacDonalda wyróżnia trzy typy/poziomy targetu kultury masowej, a mianowicie: „*highbrow*” (*wysoki*), „*middlebrow*” (*średni*) oraz „*lowbrow*” (*niski*). Przedstawiciele „*highbrow*” są stale zaabsorbowani problemami kultury, które odnoszą do swego codziennego życia. Są estetami, gdyż cenią piękno oraz przekaz głęboki. Poziom „*middlebrow*” natomiast to pomieszczenie kiczu i piękna niższego poziomu, jest pozorną próbą uchwycenia głębi przekazu, czyli tzw. *grą pozorów*. „*Lowbrow*”, z kolei stanowi najniższy stopień odbioru i jest utożsamiany z człowiekiem prostym o niewielkich potrzebach obcowania z przekazem głębokim, zadowolającym się najbardziej naturalistycznym wymiarem kultury¹⁸⁶. Twórcy przekazów kultury masowej szukają zatem wspólnego mianownika owych trzech poziomów, tak aby móc zaspokoić potrzeby wszystkich typów odbiorców. D. MacDonald wyróżnia następujące typy homogenizacji: *uproszczająca*- plagiaty, uproszczone reprodukcje, trywialne adaptacje filmowe. *Immanentna*- włączenie do dzieła wyższego poziomu elementów mogących przyciągnąć szeroką publiczność lub do dzieła rozrywkowego pewnych wzniosłych treści. *Mechaniczna*- zestawienie obok siebie różnych treści o przemieszanej tematyce.

Powyższe cechy kultury masowej można podsumować dodając do nich elementy wyróżnione na podstawie teorii przedstawicieli Szkoły Frankfurckiej. Jako fundamentalną

¹⁸³ P. Wąsala, O amerykanizacji polskiej telewizji publicznej „Kultura i Społeczeństwo” 1996, nr 2, s. 96. por. Z. Melosik, *McDonald's, tożsamość i zdrowie*, w: *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, red. Z. Melosik, wyd. Edytor, Toruń-Poznań 1999, s. 104.

¹⁸⁴ Ibidem s. 289. Por. Macdonald, *Teoria kultury masowej...* op. cit., s. 291.

¹⁸⁵ A. Kłosowska, *Kultura masowa...* op. cit. s. 335.

¹⁸⁶ Ibidem, s. 322- 325. por. E. Shils, *Społeczeństwo mas a trzy poziomy kultury* „Przegląd Kulturalny” 1959 nr 46.

cechę kultury masowej uznają oni *stechnicyzowanie przekazu*, czyli umasowienie przekazu poprzez środki przekazu przyczyniające się do pełnej pośredniości kontaktu, a także złożoność struktury przekazu i procesów organizacyjnych w redakcjach prasowych, stacjach radiowych i telewizyjnych tj. planowanie, strategia, zarządzanie, kontrola. Przekazy kultury masowej wg przedstawicieli tego nurtu charakteryzuje również *brak kulturowej autonomii*, czyli nakładanie się kultur narodowych, etnicznych, religijnych oraz podkultur i wytworów kultury artystycznej. Ponad to w kulturze masowej powstałej przecież w oparciu o ludyczne i hedonistyczne potrzeby odbiorców, treści takie jak wydarzenia polityczne, gospodarcze, dramaty ludzkie są przedstawiane w sposób przyciągający uwagę, aby były atrakcyjne i pożądane. W przekazach kultury masowej mają miejsce również zjawiska *projekcji i identyfikacji*. Projekcję w kontekście tejże kultury należy rozumieć jako porównywanie przez odbiorców swojej osoby oraz swojego życia z treściami kultury, a następnie rzutowanie tych treści na siebie i swoje życie. Identyfikacja natomiast charakteryzuje się brakiem dystansu w kontakcie z kulturą masową. Procesy te polegają zatem głównie na zatartiu rozróżnienia pomiędzy odbiorcą i jego światem, a tym, co do niego dociera za pośrednictwem mediów. Przekazy kultury masowej są więc źródłem mitów współczesności, a tak zwani *celebryci*, czyli idole ekranu zastępują obecnie autorytety. Ponadto przekazy kultury masowej kompensują niejako odbiorcom braki i niedostatki występujące w ich realnym życiu, jednak paradoksalnie związek owych przekazów z rzeczywistością jest praktycznie żaden.

Warto dodać, iż wraz z rozwojem mediów nastąpił znaczny rozrost funkcji rozrywkowych w prasie, radiu, telewizji, Internecie, co zaś prowadzi do ograniczenia innych ważnych funkcji np. informacyjnych czy pedagogicznych. Równocześnie zmienił się także charakter przekazywania informacji- niegdyś liczyły się fakty *sensu stricte*, natomiast obecnie większym zainteresowaniem cieszą się informacje przybierające znamiona sensacji, zatem twórcy kultury masowej niejako manipulują przekazywanymi informacjami- dodając do nich wątek dramatyczny- kreują rzeczywistość¹⁸⁷.

Przedstawiciele wspomnianej już Szkoły Frankfurckiej wysunęli tezę o zależności człowieka XX wieku od wzorców obecnych w przekazach masowej kultury, dla której najistotniejszą rolę odgrywają media¹⁸⁸. Zasięg oddziaływania kultury masowej powoduje, jak podaje L. Grossberg, iż staje się ona „znaczącą i skuteczną częścią materialnej rzeczywistości

¹⁸⁷ A. Kłoskowska, *Kultura masowa...* op. cit., s. 294.

¹⁸⁸ E. Fromm, *Mieć czy być*, wyd. Rebis, Poznań 2009, s. 38.

historycznej, kształtując (w ten sposób) warunki naszej egzystencji”¹⁸⁹. Stanowi zatem istotny element współczesnej rzeczywistości, jest dla członków społeczeństw (państw wysokorozwiniętych) źródłem obowiązujących wzorców myślenia i schematów postępowania. Kultura masowa i jej przekazy są obecnie uznawane za jeden z najważniejszych sposobów wykorzystywanych przez ludzi do nadawania sensu swojemu życiu¹⁹⁰. Zgodnie z raportem Światowej Organizacji Zdrowia media stanowią część nieformalnej edukacji i mają istotny wpływ na codzienne wybory ludzi¹⁹¹. Zatem nie ulega wątpliwości, iż przekazy kultury masowej stanowią istotny punkt odniesienia współczesnego człowieka, a co za tym idzie niezwykle ważny czynnik edukacji i socjalizacji żyjących obecnie ludzi. Kompetencje odbiorcze w tym zakresie polegają na umiejętności krytycznej interpretacji obrazów oraz treści obecnych w kulturze masowej¹⁹².

Z. Melosik stwierdza, że decydującą rolę w kształtowaniu się współczesnych społeczeństw odgrywają zarówno media, jak i reklama. Determinują bowiem styl życia jednostek oraz ich zachowania społeczne, w poczet których zaliczyć można także zachowania zdrowotne. Ewolucji stale ulegają także postawy jednostek wobec zdrowia, choroby oraz własnego ciała, na co wpływ mają właśnie standardy lansowane przez kulturę masową. Przez lata nie zwracano uwagi na kwestie związane z oddziaływaniem mediów na wybory ludzi, ich sposób myślenia oraz zachowania. Obecnie kwestia ta jest niepodważalna bowiem wydaje się, iż społeczeństwo zostało niejako uzależnione od mass mediów stanowiących swoisty katalizator myśli i postaw. Uzależnienie to nabrało takich rozmiarów, że wielu badaczy dla określenia etapu rozwoju współczesnej kultury często wykorzystuje pojęcie *mediokracji*. Kontakt z mass mediami jest praktycznie nieograniczony, gdyż wkraczają one w każdą sferę naszego życia, zaznaczając bardzo mocno swoją obecność poprzez próbę narzucania nam wartości i poglądów. Nie bez powodu więc dla wielu ludzi to właśnie przekazy medialne stają się podstawowym (jeśli nie jedynym) źródłem informacji, a zarazem także autorytetem. W związku z tym, iż kontakt z mediami audiowizualnymi jest czymś powszednim, taki przekaz splata się z codziennością współczesnego człowieka i rodzi pozorną, medialną

¹⁸⁹ L. Grossberg, *We gotta get out of this place. Popular conservatism and postmodern culture*. New York, Routledge 1992, s. 69.

¹⁹⁰ Z. Melosik, *Edukacja zdrowotna i kultura popularna. Problemy i kontrowersje*. w: *Zdrowie i jego ochrona. Między teorią a praktyką*, red. V. Korporowicz, wyd. Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2004, s. 217.

¹⁹¹ por. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity> [dostęp 10.07.2014 r.]

¹⁹² M. Lisowska-Magdziarz, *Obrazy ciała, obrazy produktu. Analiza metafor wizualnych i multimodalnych w mediach masowych*, w: *Komunikacja wizualna*, red. P. Francuz, wyd. Scholar, Warszawa 2012, s. 103-105.

świadomość, która ma charakter spreparowany i nie ma źródła w rzeczywistych doświadczeniach¹⁹³.

Zjawiska charakterystyczne dla omówionej wyżej kultury masowej zostały przeanalizowane zwłaszcza biorąc pod uwagę kategorię ich *percepcji* (istotną ze względu na problematykę przeprowadzonych badań własnych), dlatego kolejny podrozdział zawiera krótki przegląd teorii wyjaśniających proces spostrzegania.

2.2. Percepcja zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej a styl życia współczesnych ludzi

Warto przyjrzeć się ogólnym definicjom opisującym sposób percepcji, a mającym swe źródło w psychologii poznawczej. E. Nęcki, J. Orzechowski i B. Szymura definiują *percepcję*, czyli spostrzeganie jako pewien proces, który charakteryzuje się aktywną interpretacją danych zmysłowych, z wykorzystaniem czynników kontekstualnych, jak i nastawienia oraz nabytej wiedzy. *Percepcja* stanowi zatem proces poznawczy polegający na subiektywnym odzwierciedleniu przez człowieka przedmiotów, zjawisk i procesów, prowadzi ona do powstania całościowego, subiektywnego obrazu rzeczywistości, czyli spostrzeżenia¹⁹⁴.

Z kolei R.J. Sternberg opisuje percepcję jako zespół procesów psychicznych, za pomocą których ludzie rozpoznają, organizują, syntezują i nadają znaczenie wrażeniom płynącym od bodźców z otoczenia¹⁹⁵.

Percepcja może być analizowana zgodnie z dwoma teoretycznymi stanowiskami. Pierwsze z nich zakłada, iż percepcja jest konstruktywistyczna, czyli inteligentna, zatem osoba spostrzegająca konstruuje spostrzegany bodziec wykorzystując oprócz informacji płynącej z narządu wzroku, także istniejącą wiedzę, informacje kontekstowe oraz procesy myślowe. Zaś drugie stanowisko, zakładające percepcję bezpośrednią, opiera się na tezie, iż jednostce do konstrukcji bodźca potrzebne są wyłącznie informacje pochodzące z danych zmysłowych- z siatkówki¹⁹⁶.

Zatem podstawą procesu percepcji jest odbiór różnorodnych bodźców za pośrednictwem zmysłów, prowadzący do powstania wrażeń. Literatura przedmiotu wskazuje,

¹⁹³ P. Kossowski, Dziecko i reklama telewizyjna, wyd. Żak, Warszawa 1999, s. 38. por. P.T. Nowakowski, Fast Food dla mózgu czyli telewizja i okolice, wyd. Maternus Media, Tychy 2002.

¹⁹⁴ E. Nęcki, J. Orzechowski, B. Szymura, Psychologia poznawcza, wyd. PWN, Warszawa 2006, s. 278

¹⁹⁵ R. J. Sternberg, Psychologia poznawcza, wyd. WSiP, Warszawa 1999, s.128.

¹⁹⁶ Ibidem, s. 128.

iż podczas odbioru owych bodźców następuje ich identyfikacja, czyli rozpoznanie, a następnie kategoryzacja, czyli zaliczanie do konkretnej kategorii obiektów i zjawisk¹⁹⁷.

Efekt procesu spostrzegania zależy więc od sprawności narządów zmysłu, ale także od sygnałów wysyłanych przez otoczenie. Istotną rolę w procesie tym odgrywają także czynniki jednostkowe, a zwłaszcza *wiedza* oraz *nastawienia*. Według E. Nęcki wiedza stanowi trwałą reprezentację rzeczywistości, w postaci uporządkowanej i wzajemnie powiązanej struktury informacji, która jest kodowana w pamięci długotrwałej. Z kolei nastawienie jest to początkowe przygotowanie umysłu do odbioru określonych informacji¹⁹⁸.

Wiedza istotna dla procesu percepcji może mieć charakter *jawny* (świadoma, nabywana długotrwale podczas nauki) lub *niejawny* (będąca efektem mimowolnego uczenia, trudna do werbalizacji i będąca składnikiem inteligencji praktycznej). Ponadto istnieje także wiedza deklaratywna (zbiór faktów i informacji) oraz proceduralna (umiejętności). W zależności od sytuacji, czy kontekstu człowiek wykorzystuje różne rodzaje wiedzy¹⁹⁹.

Z kolei nastawienie może przyczyniać się do skrócenia (w wypadku zjawisk oczekiwanych) lub wydłużenia (w wypadku zjawisk nieoczekiwanych)- procesu spostrzegania. Nastawienie warunkujące percepcję może wynikać ze stereotypów lub uprzedzeń, czyli konkretnych rodzajów wiedzy zakorzenionych w umyśle²⁰⁰.

Istotny w procesie postrzegania jest także kontekst towarzyszący spostrzeganiu, czyli *bodźce towarzyszące*. Czynniki takie jak wartości społeczne oraz kulturowe obowiązujące w danym społeczeństwie, głęboko zakorzenione i internalizowane przez jednostki, wpływają na sposób postrzegania rzeczywistości oraz podejmowane decyzje (więcej o socjokulturowych determinantach zachowań człowieka znaleźć można w poprzednim rozdziale)²⁰¹.

Ponadto niektóre funkcje poznawcze mogą przebiegać poza świadomością. W psychologii poznawczej funkcjonuje pojęcie *percepcji podprogowej*, która polega na przetwarzaniu przez daną osobę określonego bodźca, bez świadomości, że to robi. Ten rodzaj percepcji jest przykładem szerszej klasy zjawisk- tzw. *torowania*. W tym przypadku dany bodziec aktywizuje ścieżki umysłowe, wzmacniając umiejętność przetwarzania innych bodźców- w jakiś sposób związanych z bodźcem torującym. Co istotne, bodziec torujący może występować na poziomie świadomym, może również być prezentowany w sposób, który uniemożliwia mu wejście w świadomość, np. czas jego prezentacji może być zbyt

¹⁹⁷ E. Nęcki, J. Orzechowski, B. Szymura, Psychologia poznawcza, wyd. PWN, s. 278

¹⁹⁸ Ibidem s. 137, 296.

¹⁹⁹ Ibidem s.296

²⁰⁰ Ibidem s. 298

²⁰¹ Ibidem s. 298.

krótki. Tego rodzaju zjawiska wykorzystywane są w konstruowaniu przekazów o charakterze reklamowym. Zatem okazuje się, iż możemy postrzegać, a nawet reagować na pewne bodźce, które nawet nie znajdują się na poziomie naszej świadomości²⁰².

Każdy przekaz kultury masowej jest intencjonalny, ma swój cel i znaczenie, dlatego też obecnie nie podlega dyskusji fakt, iż przekazy te pozostawiają w psychice każdego człowieka jakiś ślad. Przekaz medialny może zatem mieć pozytywny lub negatywny wpływ na odbiorcę. Jednak w kontekście wpływu mediów na psychikę człowieka widoczne są dwa wyraźnie opozycyjne stanowiska. W myśl pierwszego z nich człowiek jawi się jako istota pasywna będąca nieświadomym obiektem oddziaływania, czy raczej manipulacji mediów. Natomiast drugie stanowisko zakłada istnienie aktywnego użytkownika, który w sposób krytyczny selekcjonuje informacje docierające do jego umysłu za pośrednictwem mass mediów²⁰³. Zapewne jednak nie można jednoznacznie stwierdzić, które z powyższych stanowisk jest poprawne bowiem zasięg oddziaływania przekazów medialnych na daną jednostkę zależy od wielu zmiennych różnicujących świadomość w tym zakresie. M. Ejsmond i B. Kosmalska stwierdzają, iż media mają wpływ wychowawczy/edukacyjny nie tylko przez oddziaływanie słowne, ale także przez inne rodzaje oddziaływań: *podawanie wzorców* (prezentowanie różnych modeli postępowania, wyglądu, czy sposobu wyrażania się); *nadawanie znaczeń emocjonalnych* (chodzi o podporządkowanie różnym sytuacjom określonych emocji); *trening* (związany z powtarzaniem czynności powodującej uczenie się jej); *prowokacja sytuacyjna* (wytworzenie sytuacji prowadzącej do samodzielnego rozwiązania problemu)²⁰⁴. Ponadto autorzy wskazują na występowanie także trzech rodzajów wpływów mediów na człowieka: *bezpośredni* (od razu po kontakcie z przekazem); *kumulatywny* (rozłożony w czasie- na początku wpływ jest niewidoczny, ujawnia się dopiero po kolejnym kontakcie); *podświadomy* (zachodzi w sposób nieświadomy)²⁰⁵.

Współcześnie kultura masowa i podległe jej środki masowego przekazu operują szerokim spektrum osobliwości i złożoności, często trudnych do zdefiniowania, co A. Giddens nazywa „*efektem kolażu*”²⁰⁶, tak charakterystycznym dla okresu ponowoczesności. Kultura masowa stanowi obecnie nową jakość, którą można utożsamić z kulturą postmodernizmu, rozumianego jako rodzaj świadomości charakterystyczny dla społeczeństw postindustrialnych, nacechowany fragmentaryzacją społeczną, relatywizacją

²⁰² R. J. Sternberg, Psychologia poznawcza, wyd. WSiP, Warszawa 1999, s. 69.

²⁰³ D. Strinati, Wprowadzenie do kultury popularnej... op. cit., s. 49-50.

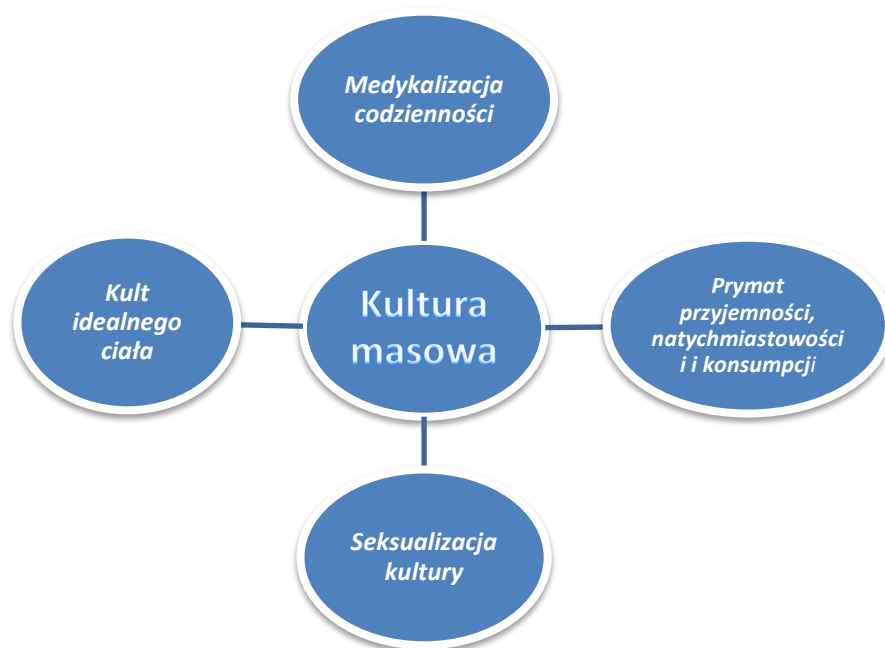
²⁰⁴ M. Ejsmond, B. Kosmalska, Media, wartość wychowanie, wyd. Impuls, Kraków 2008, s. 55.

²⁰⁵ Ibidem s. 70.

²⁰⁶ D. Strinati, Wprowadzenie do kultury popularnej... op. cit., s. 21.

idei, rozbiciem systemów takich jak: religia, nauka i ideologie narodowe. Zatem można rzec, iż obecnie kultura masowa odzwierciedla różnorodność współczesnego społeczeństwa²⁰⁷. Zjawiska charakterystyczne dla współczesnej kultury masowej są szeroko opisywane w literaturze przedmiotu. Na potrzeby niniejszej dysertacji zjawiska te zostały przeanalizowane, pogrupowane i ujęte w cztery główne kategorie, mieszczące w sobie wiele złożonych zjawisk oraz procesów (zob. ryc.6.). Można zatem wymienić zwłaszcza takie kategorie jak: *kult idealnego ciała*, oparty na triadzie: piękno, młodość, szczupłe ciało. Badacze piszą także o współczesnej *medykalizacji*, z którą związana się komercjalizacja i utowarowieniu zdrowia oraz framakologizacja codziennego życia i naturalnych procesów fizjologicznych²⁰⁸. Autorzy niejednokrotnie wymieniają także współczesne tendencje związane z powszechną *seksualizacją* oraz upowszechnianym przez media *prymatem przyjemności, natychmiastowości* (zwanym przez badaczy kulturą typu *instant* i *fast food*) i *konsumpcji*²⁰⁹. Każda z czterech grup zjawisk, sposób i ich znaczenie dla kształtowania się stylu życia współczesnych ludzi, zostanie omówiona w odrębnym podrozdziale niniejszej dysertacji.

Ryc. 6. Wybrane zjawiska obecne w przekazach kultury masowej



źródło: opracowanie własne

²⁰⁷ Ibidem, s.21.

²⁰⁸ Na temat tych zjawisk pisze P. Skrabanek (P. Skrabanek, *Heath of Humane Medicine- and the Rice of Coercive Healthism*, Suffolk 1994) oraz M. Górnik- Durose (red.), *Kultura współczesna a zdrowie*, wyd. GWP, Sopot 2013.

²⁰⁹ Temat ten jest szeroko opisywany przez Z. Melosika (por. Z. Melosik (red.) *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, wyd. EDYTOR, Toruń-Poznań 1999; Z. Melosik, *Kultura popularna i tożsamość młodzieży*, wyd. Impuls, Kraków 2013).

2.3. Kult idealnego ciała w przekazach kultury masowej

Z. Melosik stwierdza, iż przez długi czas rozważania związane z ciałem były domeną biologów i fizjologów, natomiast nauki społeczne koncentrowały się na „człowieku bezcielesnym” wglębiając się raczej w sferę jego myśli oraz uczuć. Jednak ostatnie dekady przyniosły spore zainteresowanie ciałem człowieka- również w licznych dyskursach naukowych. Dyskurs naukowy bowiem odpowiada na zjawiska mające miejsce w dyskursie potocznym, a w nim ciało zaczęło zajmować centralną pozycję. W społeczeństwach konsumpcyjnych ciało jest traktowane, jako towar i zajmuje ważną [jeśli nie najważniejszą] pozycję w przestrzeni społecznej. Współcześnie tożsamość człowieka jest silnie sprzężona z jego wizerunkiem. Mówi się nawet o nowym typie osobowości narcystycznej, powszechnie występującym u współczesnych ludzi ciągle zaabsorbowanych sobą i swoim wyglądem²¹⁰. Nie ulega wątpliwości, że tendencja nadmiernej koncentracji na „ja- zewnętrznym” jest wynikiem obcowania z kulturą masową, jej przekazami, a co za tym idzie, z lansowanymi przez nią wzorcami.

Współczesne mass media tworzą stereotyp idealnego wyglądu i ideał atrakcyjności (zarówno kobiet, jak i mężczyzn), który można nazwać *kultem idealnego ciała*. Jest to dominująca w przekazach medialnych tendencja do ukazywania postaci wyidealizowanych: o nieskazitelnym wyglądzie, wiecznie młodych, atrakcyjnych, szczupłych i wysportowanych. Kult idealnego ciała opiera się na triadzie: piękno- młodość- szczupłe ciało, co staje się synonimem atrakcyjności, a nawet sukcesu i jest swoistą egzemplifikacją relacji między stylem życia, ciałem, a kulturą masową. Pojęcie *kultu idealnego ciała* bardzo dobrze oddaje charakter i specyfikę zjawisk zachodzących w kulturze masowej, a związanych z ciałem, ponieważ intensyfikacja przekazów ukierunkowanych na cielesność i lansowanie określonych standardów atrakcyjności, nabrała takich rozmiarów, że rzeczywiście przypomina swoisty kult- dążenie do osiągnięcia owych ideałów dla niektórych stało się niejako „religią”, której podporządkowują całe swoje życie

Fundamentem rozwoju owego medialnego ideału opartego na wspomnianej wyżej triadzie stała się dominująca w mediach tendencja do ukazywania osób o szczupłej budowie ciała, co zrodziło tzw. „*tyranię szczupłego ciała*”, do której wraz z upływem czasu dołączyły

²¹⁰ por. B. Józefik, *Kultura, ciało, (nie)jedzenie, terapia. Perspektywa narracyjno-konstrukcjonistyczna w zaburzeniach odżywiania*, wyd. UJ, Kraków 2014, s. 25,30. [por. Z. Melosik, *Ciało jako przedmiot studiów kulturowych*, w: *Kultura popularna: konteksty teoretyczne i społeczno-kulturowe*, red. Z. Melosik, A. Gromkowska- Melosik, wyd. Impuls, Kraków 2010, s. 153-154].

inne cechy określające standard kobiecości i męskości. Pojęcie *tyranii* bardzo dobrze określa wymiar oraz wydźwięk lansowanych przez media ideałów, bowiem ich rozpowszechnienie oraz niepisany nakaz dostosowywania się do nich sprawia, że wiele osób postrzega je jako obligatoryjne.

Warto zauważyć, że wzorce medialne na przestrzeni wieków ulegały znaczącym przemianom. Począwszy od lat dwudziestych moda na kobiece i pełne kształty ustąpiła miejsca kościstym sylwetkom. Natomiast lata czterdzieste i pięćdziesiąte to czas zachwyty bujnymi sylwetkami będącymi symbolami kobiecości i seksapilu. Następnie medialne ideały znów przeszły w okres fascynacji kobietami o chłopcęcych kształtach, by obecnie zachwycić się ciałami szczupłymi, ale wyrzeźbionymi i wysportowanymi²¹¹.

Z. Melosik stwierdza, że przeciętna kobieta ukazywana w przekazach medialnych jest szczuplejsza niż 95% populacji kobiet²¹². Badania prowadzone m.in. przez C. Wisemana i współpracowników potwierdzają, iż wygląd zewnętrzny osób obecnych w mediach charakteryzuje homogeniczny wzorec idealnej sylwetki. Badania te wykazują także ciągle obniżanie masy ciała kobiet przedstawianych w mediach²¹³. Autorzy zwracają także uwagę na nowy medialny trend: otóż w przekazach medialnych zaczęto podkreślać znaczenie wyglądu mężczyzn równie często, jak to ma miejsce w przypadku kobiet. Zjawisko to nazwano nawet „czynnikiem Beckhama”, gdyż — jak wskazują badacze — to właśnie ten znany sportowiec dał początek prezentowanej w mediach męskiej próżności opartej na atrakcyjności fizycznej i idealnej muskulaturze interpretowanej jako atrybut męskości²¹⁴. Ten nowy nurt implikuje również zachowania współczesnych mężczyzn w zakresie dbałości o wygląd i sylwetkę. Z kolei Z. Melosik pisze, o *feminizacji męskiego ciała*, bowiem nadmierna koncentracja na dbałości o wygląd zewnętrzny (zgodny z medialnymi ideałami) była niegdyś domeną kobiet. Natomiast współcześnie granice te się zacierają, można rzec, iż kultura masowa wymaga, aby zarówno kobiety, jak i mężczyźni w równym stopniu, sprawowali kontrolę nad swym ciałem i kształtowali je zgodnie z aktualnymi trendami, co z kolei ma im zapewnić iluzoryczne poczucie prawdziwości i atrakcyjności²¹⁵.

W wypadku kobiet współczesne dyskursy kultury masowej zaszły tak daleko, iż określają atrybuty atrakcyjności w obrębie praktycznie każdej partii kobiecego ciała, co

²¹¹ por. A. Gromkowska, *Anoreksja Nervosa: Paradoxy współczesnej kobiecości*, w: *Ciało i zdrowie...* op. cit. s. 175.

²¹² Z. Melosik, *Tyrania szczupłego ciała i jej konsekwencje*, w: *Ciało i zdrowie...* op. cit., s. 138-141.

²¹³ C. Wiseman J. Gray, J. Moismann, *Culture expectations of thinness in women: An update*. „International Journal of Eating Disorders”, no. 1/1992, s. 85-89.

²¹⁴ A. Buczkowski, *Spółeczne tworzenie ciała. Płeć kulturowa i biologiczna*, wyd. Universitas, Kraków 2005.

²¹⁵ por. Z. Melosik, *Kryzys męskości w kulturze współczesnej*, wyd. Impuls, Kraków 2006, s. 24.

z kolei powoduje ciągłą obecność ciała w przestrzeni społecznej, a obecność ta jest pozbawiona wszelkiej intymności, czy wstydu. Zatem każda część kobiecego ciała stanowi przedmiot dyskursu w kulturze masowej. W prasie, czy też programach dla kobiet można znaleźć nawet informacje o tym jak powinny wyglądać idealne miejsca intymne kobiety atrakcyjnej oraz z pomocą jakich procedur i zabiegów można je ewentualnie zmodyfikować, aby stały się bardziej atrakcyjne. E. Hyży porównuje nawet lansowane przez media zabiegi medycyny estetycznej w zakresie genitaliów do dokonywanego w krajach kultur afrykańskich obrzezania kobiet²¹⁶.

Chęć dokonywania nawet bardzo drastycznych modyfikacji w obrębie ciała jest spowodowana wielokrotną ekspozycją wzorców lansowanych przez kulturę masową, które to jednostki internalizują, co z kolei może kształtować ich wizerunek ciała rozumiany jako pewne wyobrażenie danej osoby o swoim ciele. Zgodnie z teorią społecznego porównywania się L. Festingera odbiorcy zestawiają własny wygląd zewnętrzny z obrazami medialnymi, dlatego, że mamy potrzebę poznawania i oceniania siebie, a wielu naszych właściwości nie da się ocenić za pomocą obiektywnych kryteriów. Wskutek takich porównań odbiorcy zaczynają często wyolbrzymiać własne mankamenty, co z kolei podnosi poziom dyssatisfakcji ze swojego ciała (potwierdzają to badania eksperymentalne prowadzone przez D.A. Hargreaves i M. Tiggermanna)²¹⁷. Co więcej: owa dominująca w przekazach medialnych *ciałocentryczność*, ujawniająca się w stawianiu ciała i wyglądu zewnętrznego na piedestale, powoduje (zgodnie z badaniami Z. Melosika i M. Cyłkowskiej- Nowak), iż współcześni młodzi ludzie uznają wygląd zewnętrzny za bardzo ważny lub nawet decydujący dla poczucia własnej wartości²¹⁸. Z kolei Ch. Shilling w swoich rozważaniach na temat socjologii ciała pisze, iż współcześnie ciało jest najistotniejszym elementem dla poczucia tożsamości człowieka²¹⁹. Z. Melosik stwierdza, iż przykładem obecności dyskursu szczupłości w kulturze masowej jest lalka Barbie. Jako model do naśladowania kształtowała ona od początku swego istnienia pożądany wizerunek ciała dziewcząt²²⁰.

²¹⁶ por. E. Hyży, Praktyki ingerencji w ciało kobiet i dzieci w krajach kultury zachodniej i kultur afrykańskich. Autonomia i demokracja w feministycznej optyce „Kultura i Historia” 2011 wersja online [<http://www.kulturaihistoria.umcs.lublin.pl/archives/2944> dostęp 12.06.2016]

²¹⁷ A. Prokop: Waga mediów, czyli o wpływie mass mediów na kształtowanie wzorów żywienia. W: B. Tobiasz-Adameczyk, red.: Od socjologii medycyny do socjologii żywienia. Wydawnictwo UJ, Kraków 2013, s. 184—188. Por. G. Lopez- Guimera, M.P. Levine, D. Sanchez- Carracedo, J. Fauqued: Influence of mass media on body image and eating disordered attitudes and behaviors in females: A review off effects and processes. „Media Psychology”, no. 4/2010, s. 387—416.

²¹⁸ M. Cyłkowska- Nowak, Z. Melosik, Współczesna młodzież: ciało, zdrowie i kultura popularna. w.: Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji..., op.cit., s. 250—254.

²¹⁹ Ch. Shilling, Socjologia ciała, wyd. PWN, Warszawa 2010, s.15.

²²⁰ Z. Melosik, Tyrania szczupłego ciała i jej konsekwencje, w: Ciało i zdrowie... op. cit. s. 143.

Ponadto wygląd zgodny z medialnymi stereotypami staje się nie tylko atrybutem atrakcyjności i zdrowia, ale również synonimem sukcesu, idealny wygląd zyskuje więc obecnie rangę symbolu społecznie pożądanых wartości, będącym (w zamyśle współczesnego człowieka) jedynym gwarantem dobrego samopoczucia psychicznego, społecznego, a także poczucia szczęścia i życiowego powodzenia.

Co istotne również z pedagogicznego punktu widzenia, wizerunek niezgodny z lansowanym kanonem urody powoduje często izolację, a nawet przypisywanie wielu negatywnych cech charakteru. Może to dotyczyć zwłaszcza osób z nadwagą, które nie wpisując się we wszechpanujący kanon, są postrzegane jako niepotrafiące sprawować kontroli nad swoim ciałem i życiem. Podobnie niepożądaną dzisiaj cechą wyglądu zewnętrznego jest widoczny upływ czasu, stąd też próba wyeliminowania naturalnych procesów starzenia zarysowanych na ciele poprzez różnego typu zabiegi medycyny estetycznej i chirurgii plastycznej, a wszystko po to, by wpisując się w obowiązujący kanon, zyskać społeczną aprobatę i nie zostać zepchniętym na życiowy margines. Co więcej, ideały atrakcyjności obecne w przekazach medialnych nie pozostają także bez wpływu na sposób oceny wyglądu innych ludzi np. partnerów życiowych²²¹.

Oczywiście przekazy medialne oferują różnego rodzaju gotowe recepty (niekoniecznie sprzyjające zdrowiu), mające przybliżyć odbiorców do promowanego ideału. Ciało jest zatem pojmowane jak twór plastyczny, który można kształtować dzięki różnym zabiegom, w zależności od aktualnych preferencji²²². Współczesne praktyki mające na celu skonstruowanie ciała idealnego opierają się na diecie, ćwiczeniach fizycznych, wykorzystaniu makijażu oraz ubioru, a obecnie także medycyny estetycznej i chirurgii plastycznej (zachęcając do ingerowania oraz chirurgicznego poprawiania nawet najintymniejszych partii ciała)²²³.

²²¹ por. B. Jednacz- Miazga, Wizerunek kobiet w reklamach a poczucie własnej atrakcyjności młodych kobiet, w: *Jednostka w ponowoczesnym świecie*, red. G.E. Kwiatkowska, A. Łukasik, wyd. Uniwersytetu Marii-Skłodowskiej- Curie, Lublin 2011, s. 111- 117.

²²² por. Ch. Shilling, *Socjologia ciała...* op.cit. s. 19.

²²³ por. K. Borzucka- Sitkiewicz, Kształtowanie pozytywnego wizerunku ciała jako element profilaktyki zaburzeń zdrowia somatycznego i psychospołecznego, w: *Profilaktyka wybranych problemów zdrowotnych (w wymiarze edukacyjnym)*, red. K. Borzucka- Sitkiewicz, K. Kowalczevska- Grabowska, wyd. UŚ, Katowice 2014, s. 55-59.

2.3.1. Dyskursy diety i fitnessu w kulturze masowej jako elementy kultu idealnego ciała

W przekazach medialnych zwłaszcza reklamowych coraz powszedniejszy staje się dyskurs diety jako element filozofii zdrowego stylu życia. Badania S. Bordo ukazują, iż z 33 tysięcy kobiet biorących udział w badaniu aż 75% określiło siebie jako „zbyt grube”, chociaż w badanej grupie tylko 25% miało nadwagę, a 30% niedowagę. Ponadto 45% kobiet należących do grupy z niedowagą było przekonanych o swojej nadmiernej wadze²²⁴. Dane te potwierdzają fakt internalizacji wzorców lansowanych przez media oraz ukazują jak silna presja wywierana jest na kobiety w zakresie dostosowywania się do owych wzorców. Interesujące w kontekście omawianego tematu wydają się również badania B. Jednacz-Miazgi, które potwierdzają hipotezę, iż osoby oglądające reklamy z wizerunkiem kobiet nienaturalnie atrakcyjnych oceniają własną atrakcyjność znacznie niżej, niż osoby, które oglądały reklamy z udziałem kobiet reprezentujących naturalny wygląd (*real beauty*). Wspomniana zależność dotyczy zarówno oceny ogólnej atrakcyjności, jak i odnoszącej się do poszczególnych partii ciała²²⁵. Można zatem stwierdzić, że nienaturalnie atrakcyjny wizerunek kobiet i mężczyzn lansowany przez środki masowego przekazu w znacznym stopniu przyczynia się do rosnącego niezadowolenia jednostek z własnego ciała²²⁶.

Medialny dyskurs szczupłości zostaje silnie sprzężony z dyskursem zdrowia bowiem stosowanie diet i podtrzymywanie szczupłej sylwetki jako element zdrowego stylu życia jest również mocno eksponowany w przekazach medialnych. Szczupłość w owych przekazach jest utożsamiana z „byciem zdrowym”, zatem osoby z nadwagą są kojarzone jako mające problemy zdrowotne. Jak stwierdza Z. Melosik pojęcie zdrowia zawsze stanowi tło przekazów ukierunkowanych na promowanie szczupłej sylwetki i określonych diet, jednak pojęcie to nigdy nie jest zdefiniowane ani jasno określone, stanowi więc jedynie pusty slogan²²⁷.

²²⁴ S. Bordo, *Unbearable weight. Feminism, western culture and the body*, University of California Press, Los Angeles- London 2003.

²²⁵ B. Jednacz- Miazga, Wizerunek kobiet w reklamie a poczucie własnej atrakcyjności młodych kobiet, w: *Jednostka w ponowoczesnym świecie*, red. G.E. Kwiatkowska, A. Łukasik, wyd. UMCS, Lublin 2011, s. 111-116.

²²⁶ Por. K. Borzucka- Sitkiewicz: *Kształtowanie pozytywnego wizerunku ciała jako element profilaktyki zaburzeń zdrowia somatycznego i psychospołecznego*, w: *Profilaktyka wybranych problemów zdrowotnych (w wymiarze edukacyjnym)*, red. K. Borzucka- Sitkiewicz, K. Kowalczevska- Grabowska Wydawnictwo UŚ, Katowice 2014, s. 55-59.

²²⁷ B. Józefik, *Kultura, ciało, (nie)jedzenie*, op. cit. s. 35.

W kolorowych czasopisma oraz na portalach internetowych pojawiają się coraz to nowe informacje na temat „cudownych” diet oraz zachęty, aby z nich korzystać w celu osiągnięcia „wyglądu z okładki”. W reklamach określonych diet i produktów dietetycznych wykorzystuje się bardzo często *motyw winy*, który ma zachęcić do sięgania po określone dietetyczne produkty bez obciążenia się poczuciem winy i wstydu za zjedzenie czegoś zakazanego. Spożywanie przez kobiety lekkich i dietetycznych posiłków staje się zachowaniem obligatoryjnym we współczesnej kulturze. Czasopisma i programy medialne zalewają kobiety informacjami i obrazami *celebrytek* będących obecnie na diecie, reklamując tym samym jaki rodzaj diety jest aktualnie „na topie”. Owej propagandzie towarzyszy powoływanie się na motyw prozdrowotny, jednak na ogół diety te ze zdrowiem mają niewiele wspólnego. W mediach bardzo często pojawiają się hasła typu: „Jesteś tym co jesz!” mające zachęcać do zmiany stylu życia. Tak naprawdę nowe ciało uzyskane w wyniku diety ma umożliwić uzyskanie nowej tożsamości, a także odmienić status społeczny, zawodowy i osobisty danej jednostki²²⁸. Dieta staje się sposobem dyscyplinowania ciała, daje iluzoryczne poczucie wolności i kontroli nad własnym życiem. W mediach kobiety, którym udało się zrzucić zbędne kilogramy są przedstawiane jako kobiety sukcesu, silne i wytrwałe. Z. Bauman stwierdza, iż współczesna obsesja na punkcie zdrowego jedzenia jest nową wersją konfliktu między wolnością a bezpieczeństwem i wiąże się z podniesieniem ciała do rangi głównego wyznacznika wartości towarów konsumpcyjnych²²⁹. Z kolei umiejętność panowania nad ciałem i kontroli przyjmowanych pokarmów staje się wyznacznikiem siły woli i ma istotne znaczenie dla kształtowania tożsamości współczesnego człowieka.

Bardzo mocno sprzężony z dyskursem diety jest wszechpanujący *trend fitness*, którego predykatorem nie jest chęć utrzymania zdrowia, a raczej pogoń za idealną sylwetką. Obecnie siłownie, kluby fitness, trenerzy personalni przeżywają swoje lata świetności. Sporą popularnością cieszą się strony internetowe, blogi, filmy DVD, książki zawierające różnego rodzaju ćwiczenia. Ludzie chorobliwie kupują karnety na siłownię, korzystają z usług trenerów i instruktorów, co daje im z jednej strony pozorne poczucie kontroli nad ciałem, przybliżanie się do upragnionego ideału, z drugiej zaś przekonanie o dbałości o zdrowie, co także podwyższa ich samoocenę i status społeczny.

Zatem szczupłość sama w sobie nie spełnia wymogów stawianych przez przekazy kultury masowej, ponieważ ciało, aby było idealne musi być też umięśnione, jędrne i sprężyste. Takie ciało jest ucieleśnieniem zdrowia i piękna, ale wyraża także konkretne

²²⁸ Z. Melosik, Tyrania szczupłego ciała i jej konsekwencje, w: *Ciało i zdrowie...* op. cit., s. 141-144.

²²⁹ Z. Baumann, *Płynne życie*, wyd. Literackie, Kraków 2007, s. 154.

elementy tożsamości: pewność siebie, sukces, poczucie niezależności i władzy. Daje także możliwość życia takim stylem, jakim żyją znani celebryci- zaabsorbowani przecież permanentnie pracą nad ciałem. Reklamy oraz programy promujące diety i ćwiczenia są skonstruowane w ten sposób, aby odbiorca miał wrażenie, iż stosując się do zaleceń dietetycznych i ćwiczeniowych będzie mógł niejako wejść w lepszy świat, co da mu nieograniczone możliwości i pomoże osiągnąć sukces życiowy. Dlatego ludzie promujący w mediach ideę diety i fitnessu są przedstawiani jako szczęśliwi, atrakcyjni, są zawsze uśmiechnięci, dobrze ubrani, tak, aby wzbudzać w odbiorcach chęć naśladowania²³⁰.

Niektóre rodzaje diet i ćwiczeń rozreklamowanych w mediach, w rezultacie okazują się nie tylko nieskuteczne, ale również niebezpieczne. Jednak przekazy promujące diety i ćwiczenia na ogół nie zawierają informacji o ryzyku zdrowotnym oraz o nikłej skuteczności. Można stwierdzić, że środki masowego przekazu w znacznym stopniu przyczyniają się do rosnącego niezadowolenia jednostek z własnego ciała oraz powstawania rażących nieprawidłowości w sposobie odżywiania, mogących z kolei implikować konkretne zaburzenia odżywiania, zwłaszcza u kobiet.

2.3.2. Zaburzenia odżywiania jako konsekwencje niewłaściwej percepcji kultu idealnego ciała

B. Józefik powołując się na przegląd badań J. Ogedon stwierdza, iż konsekwencją stosowania diet u osób odchudzających się są epizody przejadania się, poczucie utraty kontroli, zaabsorbowanie jedzeniem, huśtawki nastrojów lub obniżony nastrój. Badania wskazują, iż po pierwszym roku od zakończenia diety spadek ciężaru ciała w stosunku do wagi wyjściowej wynosił 60-70%. Jednak po ok. 3-5 latach od zakończenia diety większość osób powraca do poprzedniej wagi. Ponadto dieta restrykcyjna może być czynnikiem ryzyka anoreksji, bulimii oraz otyłości²³¹.

Ślepa pogoń za medialnym ideałem może prowadzić także do powstawania rażących nieprawidłowości w sposobie odżywiania, co z kolei może implikować konkretne zaburzenia odżywiania i inne zagrażające zdrowiu, a nawet życiu przedsięwzięcia podejmowane przez ludzi. Do tego typu przedsięwzięć podejmowanych zwłaszcza przez młode kobiety,

²³⁰ B. Józefik, *Kultura, ciało, (nie)jedzenie...* op. cit. s. 34-37. por. Z. Melosik, *Tyrania szczupłego ciała...* op. cit. s. 148-149.

²³¹ B. Józefik, *Kultura, ciało, (nie)jedzenie...* op. cit. s. 35.

a mających związek z rozwojem nowego medium masowego — Internetu — oraz lansowanego w mediach kultu szczupłego ciała jest udział we wspólnotach typu *Pro-ED* (*pro-eating disorders*). Wspólnoty te są zjawiskiem nowym i opierają się na prezentowaniu zaburzeń odżywiania i pewnych patologii w zakresie nawyków żywieniowych nie w kategoriach jednostek chorobowych, lecz raczej jako świadomie obranego stylu życia. W ramach wspólnot Pro-ED wyróżnić można ruchy *pro-ana* i *pro-mia* ukazujące anoreksję oraz bulimię jako sposoby na życie. Członkinie tego typu wspólnot komunikują się poprzez fora, blogi i strony internetowe, a także wykorzystują popularne portale społecznościowe. Uczestniczki wymieniają się wzajemnie sprawdzonymi, a zarazem niebezpiecznymi sposobami na utratę wagi, walkę z uczuciem głodu, przeczyszczanie się oraz pomysłami na strategiczne kłamstwa pozwalające ukryć swoje problemy żywieniowe przed otoczeniem. Ponadto uczestniczki owych ruchów często prowadzą internetowe dzienniki i wzajemnie się motywują, dodając zdjęcia własne lub wychudzonych modelek²³².

Anoreksja zwana także jadłowstrętem psychicznym jest definiowana jako zespół behawioralny wynikający z lęku przed nadmierną wagą i prowadzący do odmowy przyjmowania pokarmów²³³. A. Gromkowska-Melosik uznaje anoreksję za krystalizację kulturowych wymagań wobec kobiet²³⁴. Jako jedno z kryteriów diagnostycznych anoreksji wymienia się zaburzenia percepcji własnego ciała, jego wymiarów i proporcji, a także uzależnienie samooceny od posiadanego „wizerunku ciała”²³⁵, co z kolei może być warunkowane rozpowszechnionym w mediach kultem idealności. Badania wskazują, iż zaburzenie to dotyczy najczęściej kobiet i daje iluzoryczne poczucie kontroli nad życiem oraz wrażenie o własnej wyższości²³⁶.

Istnieje wiele sposobów wyjaśniania anoreksji, najczęściej w literaturze spotkać można się z systemową-rodzinną genezą tego zaburzenia, jednak najnowsze podejście *poststrukturalne* coraz częściej zwraca uwagę na przyczyny społeczne i kulturowe. W myśl tego paradygmatu anoreksja stanowi groteskową prezentację dominującej we współczesnej kulturze ciałowocentryczności i tyranii szczupłego ciała. Stanowi jednocześnie

²³² A. Prokop, Waga mediów..., op.cit., s. 186. Por. M. Stochel, M. Janas-Kozik: Przyjaciółki wirtualnej Any — zjawisko proanoreksji w sieci internetowej. „Psychiatria Polska”, nr 5/2010, s. 693—702.

²³³ G. Jarząbek, Sacjokulturowe uwarunkowania jadłowstrętu psychicznego „Ginekologia praktyczna” 2007 nr 1, s. 41-44.

²³⁴ A. Gromkowska, Anoreksja nervosa: Paradoxy współczesnej kobiecości, w: Ciało i zdrowie... op., cit. s. 178.

²³⁵ J. Komander, Jadłowstręt psychiczny- jednostka chorobowa czy zespół objawowy „Nowa Medycyna” 1996 nr 21 s. 5-6

²³⁶ M.M. Jablow, Na bakier z jedzeniem, Gdańsk 1993, s. 35.

przerysowane uosobienie oczekiwań społecznych wobec współczesnych kobiet. Szczególnie podatne na tego typu wpływy są młode kobiety będące na etapie kształtowania tożsamości.

S. Bordo stwierdza nawet, iż osoby z tym zaburzeniem zbyt mocno zinternalizowały dominujące w kulturze standardy atrakcyjności dotyczące ciała²³⁷. Jednak w terapii i badaniach na temat anoreksji bardzo często pomija się kontekst społeczny i kulturowy skupiając się raczej na przyczynach osobowościowych, tymczasem kontekst ten ma niebagatelne znaczenie. Anoreksja może rozwinąć się przy jednoczesnym nałożeniu się pewnych deficytów psychologicznych i wpływie wzorców społeczno- kulturowych²³⁸. Planując zatem strategie profilaktyki zaburzeń odżywiania należy wziąć pod uwagę standardy lansowane przez kulturę masową, bowiem korelację między niezadowoleniem z własnego ciała, a wzorcami lansowanymi w mediach potwierdzają liczne badania.

A. Wiatrowska podkreśla, iż osoby ze skłonnością do zaburzeń odżywiania bardzo często ujawniają szczególną podatność na standardy wyglądu lansowane przez media. Ta podatność wynika z faktu, iż osoby takie najczęściej walczą z poczuciem pustki, a w związku z niemożnością asymilacji w systemie rodzinnym poszukują jednostki lub grupy, z którą mogłyby się utożsamić. Obiektami identyfikacji stają się zatem postaci prezentowane w mediach, należące do bajkowego świata mody i będące uosobieniem sukcesu. Najczęściej kobiety należące do owego świata, a lansowane za pośrednictwem mass mediów charakteryzują cechy takie jak: płaski brzuch, niewielki biust, jędrne pośladki i masa ciała niższa niż 95% populacji kobiet. Osiągnięcie ideału ma umożliwić także potwierdzenie własnej wartości i wyjątkowości oraz zapewnić akceptację innych kręgów niż rodzina. Niemożność osiągnięcia tych celów powoduje posuwanie się do coraz bardziej radykalnych przedsięwzięć²³⁹.

Nie ulega wątpliwości, iż ciało we współczesnej kulturze stało się synonimem przedmiotu pożądania, co z kolei warunkuje nacechowanie większości przekazów medialnych- związanych z ciałem- piętnem seksualnym. Tendencja do nadawania przekazom medialnym wydźwięku seksualnego jest silnie związana z inną grupą zjawisk, które omawia następny podrozdział.

²³⁷ S. Bordo, *Unbearable Weight...* op. cit., s. 139-140.

²³⁸ A. Gromkowska, *Anoreksja nervosa...* op. cit., s. 190.

²³⁹ A. Wiatrowska, *Jakość życia w zaburzeniach odżywiania*, wyd. Uniwersytet Marii Skłodowskiej- Curie, Lublin 2009, s. 27.

2.4. Seksualizacja współczesnej kultury w przekazach medialnych

Pojęcie *seksualizacji* funkcjonuje obecnie w wielu kontekstach, a pojawiło się w latach 60. XX wieku wraz z rewolucją seksualną i liberalizacją seksualną w Europie Zachodniej. Dawne tabu przekształciło się w narzędzia kultury konsumpcji. Z. Lew- Starowicz stwierdza, iż współcześnie seks stał się integralną częścią kultury, a ludzie żyją obecnie w stanie pewnego dysonansu wynikającego z konieczności pogodzenia tradycyjnych wzorców seksualnych z nowymi, przekazywanymi za pośrednictwem kultury masowej. Taka sytuacja przyczynia się do przemian w obyczajowości i zachowaniach seksualnych. Największe trudności przystosowawcze pojawiają się u osób, które żyły głównie w rzeczywistości, gdzie funkcjonowały konserwatywne wzorce seksualne, jednak co niepokojące z pedagogicznego punktu widzenia- odnalezienie się we współczesnej rzeczywistości najmniejszy problem stanowi dla nastolatek i nastolatków, gdyż jest to jedyna wersja rzeczywistości jaką znają²⁴⁰. Poprzednie pokolenia natomiast czerpały wzorce zachowań seksualnych ze swojego środowiska. Przekaz ten był na tyle trwały, iż można było nawet mówić o istnieniu typowych dla danej kultury postaw wobec płci i seksu. Obecnie zaś mamy do czynienia ze zjawiskiem unifikacji (ujednoczenia) kultury i zachowań seksualnych, ponieważ kultura masowa powoduje swoistą uniformizację świata²⁴¹.

Kultura masowa w związku ze zmieniającym się stylem życia współczesnych ludzi ma za zadanie przede wszystkim zapewnić rozrywkę. Zgodnie z zasadą ujednoczenia, większość producentów kultury masowej, bazuje na najbardziej uniwersalnych wątkach odwołując się do podstawowych potrzeb odbiorców. Ponadto popularyzacji ulegają także nowe treści seksualne. Najczęściej twórcy kultury masowej wychodzą z założenia, iż odbiorcy potrzebują silnych wrażeń mających niejako oderwać ich od monotonnej, nudnej rzeczywistości. W tym celu nadaje się przekazom *wątek dramatyczny*, którego podstawowym wyznacznikiem jest przemoc, wulgarność, seks. Z kolei do odbiorców płci żeńskiej dużo lepiej trafia *wątek sentymentalny*, który z kolei sferę seksualną łączy ze skomplikowaną relacyjnością występującą między płciami. Fakt, iż tego typu przekazy „bardzo dobrze się sprzedają”

²⁴⁰ Z. Lew- Starowicz, Seks w kulturach świata, wyd. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1987, s. 81. por. K. Stadnik, A. Wójtewicz, Anielice czy diabllice. Dziewczęta w szponach seksualizacji i agresji w perspektywie socjologicznej, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009, s. 20.

²⁴¹ por. Z. Baumann, Globalizacja i co z tego dla ludzi wynika, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 2000, s.92.

potwierdzają nakłady książek oraz słupki oglądalności programów wykorzystujących powyższe tendencje²⁴².

Przekazy te charakteryzuje na ogół wspólna tendencja do ukazywania kobiet i mężczyzn jako obiektów seksualnych, a samego współżycia seksualnego, jako najistotniejszej sfery ludzkiego życia²⁴³. Dzieje się tak dlatego, iż zdaniem M. Horkheimera i T. Adorno wytwory kultury masowej są bezwstydne, a przemysł kulturalny ma charakter obsceniczny, a nawet pornograficzny²⁴⁴.

Z. Lew- Starowicz pisze o erotyzacji kultury masowej, która wpływa na zachowania i sposób myślenia ludzi- również w sferze seksualnej: *„Seks stał się codziennym tematem kultury masowej. Uległ obnażeniu i wiwisekcji. Coraz mniej w nim tajemnic. Rozważania na temat orgazmu można znaleźć w gazetach poczynszy od Kanady, kończąc na Australii. Nagość ciała oraz fizjologia seksualna jest także na okładkach czasopism. Ujawnianie swych przeżyć intymnych na pograniczu ekshibicjonizmu stanowi codzienność w wywiadach. Do pomocy kulturze masowej ruszyli naukowcy, w tym i seksuolodzy”*²⁴⁵.

Codziennie teksty kultury masowej najczęściej ukazują ciało jako przedmiot/ towar, który może zostać dosłownie lub metaforycznie zdobyty przez drugą osobę. Ta tendencja jest na tyle dominująca, iż nawet w reklamach stosuje się liczne asocjacje seksualne, mające zachęcić odbiorców do zakupu jakiegoś produktu, bazując na naturalnych potrzebach odbiorców, w tym potrzebach seksualnych. Seks staje się zatem narzędziem rynkowym, mającym na celu uatrakcyjnienie poszczególnych produktów. Jest to możliwe zwłaszcza dlatego, iż główne narzędzie mass mediów stanowi obraz oparty na licznych metaforach seksualnych, stosowanych nawet do prezentacji produktów z pozoru nie mających piętna seksualnego²⁴⁶. Co ciekawe czasami stosuje się tak zwane „kody symboli”- np. zestawia się obrazy o charakterze symbolicznym mające u odbiorców uruchomić skojarzenia związane ze sferą seksualną, chociaż owe obrazy same w sobie nie mają charakteru seksualnego²⁴⁷. Można zatem pokusić się o stwierdzenie, iż wszystkiemu, co jest obecnie konsumowane, media nadają niejako seksualny wydźwięk²⁴⁸. Seksualizacja kultury rozpowszechniona w mediach,

²⁴² por. A. Kłosowska, *Kultura masowa...* op. cit. s. 301.

²⁴³ por. Z. Melosik, *Rekonstrukcje tożsamości seksualnej w społeczeństwie współczesnym (wybrane konteksty seksualizacji)*, „Studia Edukacyjne” nr 7/2011, s. 9.

²⁴⁴ M. Horkheimer, T. Adorno, *Dialektyka oświecenia. Fragmenty filozoficzne*, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa 2010, s. 142.

²⁴⁵ Z. Lew- Starowicz, *Seks w kulturach świata*, wyd. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1987, s. 82.

²⁴⁶ por. M. Lisowska- Magdziarz, *Obrazy ciała, obrazy produktu. Analiza metafor wizualnych i multimodalnych w mediach masowych*, w: *Komunikacja wizualna*, red. P. Francuz, wyd. Scholar, Warszawa 2012, s. 107-127.

²⁴⁷ A. Kłosowska, *Kultura masowa...* op. cit., s. 301.

²⁴⁸ por. J. Baudrillard, *Spółczesność konsumpcyjna. Jego mity i struktury*, wyd. Sic, Warszawa 2006, s. 194.

z jednej strony powoduje pozbawienie tej sfery życia intymnego charakteru, z drugiej zaś nie pozostaje bez wpływu na samych odbiorców i ich zachowania seksualne²⁴⁹.

Ponadto erotyzacja kultury masowej powoduje seksualizację życia społecznego. Warto przytoczyć w tym miejscu komponenty seksualizacji wymienione w raporcie APA (American Psychological Association), gdzie czytamy, iż jej wyznacznikiem jest definiowanie wartości danej osoby wyłącznie na podstawie jej atrakcyjności seksualnej i zachowań seksualnych. Ponadto cechą wyróżniającą seksualizację życia społecznego jest synonimiczne traktowanie atrakcyjności fizycznej i atrakcyjności seksualnej („*bycia sexi*”). Z procesem tym wiąże się uprzedmiotowienie człowieka zarówno przez innych ludzi, jaki i przez siebie samego- człowiek sam zaczyna określać siebie w kategoriach użytku seksualnego²⁵⁰.

Dehumanizacja zachowań seksualnych powoduje, iż zaczynają być one postrzegane jako każda inna zwyczajna forma rozrywki, czy komunikacji między ludźmi, co implikuje poszerzanie się ignorancji w kwestii intymności²⁵¹. Badacze stwierdzają, iż seksualizacja przekazów kultury masowej powoduje, iż konteksty seksualne przedostają się zarówno do dyskursu eksperckiego, jak i potocznego, co z kolei przyczynia się do określonego postrzegania seksualności- jako tzw. „czystej seksualności” pozbawionej tła emocjonalnego oraz społecznego. Owa „czysta seksualność” sprowadza sferę seksualną do wymiaru ciała, organów i procesów fizjologicznych. Erotyzm mający niegdyś wartość transcendentálną, konstruowaną poprzez tabu i przynależną do sfery *sacrum*, obecnie został przesunięty w kierunku cielesnej seksualności skorelowanej wyłącznie ze sferą *profanum* kreowaną wbrew wszelkim tabu. Tożsamość seksualna silnie skorelowana z tożsamością cielesną, stała się elementem stylu życia, również w dyskursie publicznym²⁵². Nastąpiło zatem całkowite odarcie seksualności z intymności i tajemnicy, co z kolei lokuje ją wyłącznie w sferze dzikich, zwierzęcych popędów mających charakter destrukcyjny. Nowa jakość, jeśli w ogóle o takiej można mówić, sprawia, że o seksualności, satysfakcji seksualnej oraz dysfunkcjach w tej dziedzinie, dyskutuje się otwarcie bez poczucia wstydu i zbędnej pruderii. Do przekazów kultury masowej włączane zostają kody i symbole przynależne niegdyś do pornografii,

²⁴⁹ M. Bieńko, Niedyskretny urok ciała i seksu w formacie medialnym, w: *Przemiany seksualności*, red. M. Kaczorek, K. Stachura, wyd. WUG, Gdańsk 2009, s. 47.)

²⁵⁰ Report of the APA, Task Force of the Sexualization of Girls
<http://www.apa.org/pi/women/programs/girls/report.aspx> [dostęp z dnia 10.10.16r.]

²⁵¹ K. Stadnik, A. Wójtewicz, *Anielice czy diablance...* op. cit., s. 21.

²⁵² M. Bieńko, Sposoby posługiwania się tożsamością seksualną w kulturze popularnej, w: *Kultura popularna: konteksty teoretyczne i społeczno- kulturowe*, red. Z. Melosik, A. Gromkowska- Melosik, wyd. Impuls, Kraków 2010, s. 196-197.

a upublicznianie swojej nagości i intymności staje się normalnym elementem prezentowania tożsamości²⁵³.

Badacze dopatrują się związku między przemianami seksualności, a zmianą charakteru i trwałości relacji między partnerami. A. Giddens wspomina o tak zwanej „czystej relacji” obejmującej partnerski układ, trwający dopóty, dopóki obydwie strony czerpią z niego optymalną satysfakcję²⁵⁴. Ponadto „czysta seksualność” obecna w publicznym dyskursie może implikować konkretne podejście do relacji międzypłciowych, nacechowane ukierunkowaniem wyłącznie na sferę seksualną i postrzeganiem tej sfery jako fundamentu związku, spływając tym samym złożoność relacji damsko-męskich.

Z pedagogicznego punktu widzenia istotny jest również fakt, iż kultura masowa prowadzi niejako „edukację seksualną” młodego pokolenia, co może przynieść tragiczne skutki. Popularne czasopisma młodzieżowe podają liczne instruktaże technik miłosnych dla nastolatków, kształtując w ich umysłach iluzoryczne wyobrażenia o sferze seksualnej. Na arenie życia społecznego już teraz widać przedwcześnie dojrzewających młodych ludzi, którzy przejmują role zarezerwowane dotychczas wyłącznie dla dorosłych. Widoczne jest to zwłaszcza wśród dorastających dziewcząt, które stylizują się i przejawiają zachowania nieadekwatne dla wieku²⁵⁵. Owa tendencja jest niezwykle niebezpieczna, bowiem młodzież dorastająca i socjalizowana w kulturze masowej przesyconej seksem „może mieć wypaczony obraz kontaktów seksualnych w przyszłości, a także podejmować zagrażające zdrowiu zachowania seksualne.

Wszechobecność dyskursu seksu w mediach może przyczyniać się także do zmiany w obrębie zachowań seksualnych dorosłych ludzi adaptujących się niejako do nowej rzeczywistości, co może skłaniać ich do podejmowania ryzykownych dla zdrowia zachowań. (przygodny seks i częste zmiany partnerów). Ponadto zachowania te wiążą się ze współczesną tendencją do gloryfikacji przyjemności i swoistego konsumowania relacji oraz ukierunkowania na natychmiastowe efekty wszelkich działań. Tę tendencję omawia kolejny podrozdział.

²⁵³ P. Czajkowski, Przemiany seksualności a pornografia. Kilka uwag o nowoczesności, w: *Moralne obrazy: społeczne i socjologiczne (de)konstrukcje seksualności*, red. E. Banaszak, P. Czajkowski, „Acta Universitatis Wratislaviensis” No 3029, t.42, Wrocław 2008, s. 47-50.

²⁵⁴ A. Giddens, *Przemiany intymności. Seksualność, miłość i erotyzm we współczesnych społeczeństwach*, wyd. PWN, Warszawa 2006, s. 75- 76.

²⁵⁵ K. Stadnik, A. Wójtewicz, *Anielice czy diablice...* op. cit., s. 22.

2.5. Prymat konsumpcji, przyjemności i natychmiastowości w kulturze masowej

We współczesnym społeczeństwie nastąpiło swoiste przesunięcie priorytetów- niegdyś najważniejsza była produkcja dóbr, natomiast obecnie kluczową rolę odgrywa ich konsumowanie. Zatem obserwując, iż obecnie egzystencja jest uzależniona od dóbr konsumpcyjnych wielu autorów stosuje właśnie tę kategorię do opisu współczesnego społeczeństwa. J. Baudrillard²⁵⁶, A. Aldridge²⁵⁷ oraz Z. Baumann²⁵⁸ posługują się pojęciem *społeczeństwa konsumpcyjnego*, które należy rozumieć jako pewien etap rozwojowy społeczeństwa, w którym to właśnie konsumpcja stanowi dobro najwyższe i to zarówno ze względu na jej funkcje gospodarczo-państwowe, jak i cele życiowe ludzi. Ponadto w społeczeństwie tym, konsumpcja stanowi regulator procesów społecznych, przechwyciła nawet realizację licznych funkcji spełnianych wcześniej przez kulturę²⁵⁹. Kultura konsumpcyjna z kolei charakteryzuje się tym, iż wartości w niej eksponowane mają wymiar wyłącznie fizycznie uchwytne i pragmatyczny. J. Baudrillard stwierdza, iż wyznacznikiem społeczeństwa konsumpcyjnego jest przyjemność²⁶⁰, jako podstawowy cel konsumpcji

Przedstawiciele Szkoły Frankfurckiej piszą o XX-wiecznej gloryfikacji przedmiotów materialnych. A zgodnie z myślą E. Fromma obecnie następuje zniewolenie człowieka i jego swoiste urzeczowienie bowiem „*ja- doświadczenie*” zostaje zastąpione przez „*to- posiadanie*”²⁶¹. Efektem rozwoju kultury masowej jest także negacja wolności *sensu stricto*, czyli całkowitej niezależność od niczego za wyjątkiem własnej woli. Tymczasem we współczesnych społeczeństwach funkcjonuje kategoria „*wolności do*”, rozumiana jako struktura relacyjna ograniczająca się do wyboru spośród pewnego zespołu elementów, przy czym sam akt wyboru jest koniecznością, a nie możliwością²⁶². Zatem wolność członków społeczeństwa konsumpcyjnego ogranicza się do wyboru pomiędzy określonymi dobrami konsumenckimi.

²⁵⁶ J. Baudrillard, *Społeczeństwo konsumpcyjne. Jego mity i struktura*, wyd. Sic, Warszawa 2006.

²⁵⁷ A. Aldridge, *Konsumpcja*, wyd. PWN, Warszawa 2006.

²⁵⁸ Z. Baumann, *Płynne życie*, wyd. Literackie, Kraków 2006.

²⁵⁹ J. Szczepański, *Konsumpcja a rozwój człowieka*, wyd. PWE, Warszawa 1981.

²⁶⁰ J. Baudrillard, *Selected Writings*, Polity Press, Cambridge 1988, s. 48.

²⁶¹ E. Fromm, *Mieć czy być...* op., cit. s. 38

²⁶² D. Strinati, *Wprowadzenie do kultury popularnej*, wyd. Zysk i S-ka, Poznań 1998, s. 57.

Z. Melosik pisze o konsumpcji jako o *głównej narracji codzienności*²⁶³, która stanowi ostateczny układ odniesienia i jest jednocześnie wyznacznikiem statusu i prestiżu społecznego. Wiąże się to z pojęciem *fetyszyzmu towarowego*, jako nieodłącznej domeny członków społeczeństwa konsumpcyjnego i rozumianej jako ciągła chęć posiadania i bieżącego konsumowania dóbr w celu osiągnięcia satysfakcji. Paradoksalnie jednak satysfakcja ta nie jest możliwa do osiągnięcia, ponieważ kategoria przestarzałości jest wpisana w ideę społeczeństwa konsumpcyjnego. Kiedy konsumentowi wydaje się, iż już osiągnął to co zamierzył [określone dobro konsumpcyjne] nagle okazuje się ono przestarzałe, w związku z czym należy na nowo zacząć poszukiwania. Zatem stanem normalnym członka społeczeństwa konsumpcyjnego jest odczuwanie ciągłego niepokoju i frustracji. To z kolei rodzi konieczność poszukiwania nowych źródeł satysfakcji, jednak nasycenie się i osiągnięcie „ostatecznej satysfakcji” nie jest możliwe, bowiem przekazy kultury masowej wytwarzają u ludzi tzw. *falszywe potrzeby*, które nigdy nie zostaną zaspokojone, gdyż są nienaturalne i sprzeczne z naturą człowieka²⁶⁴. Przekazy te bazują na generowaniu coraz to nowych potrzeb, których realizacja nie jest wcale niezbędna, ale ich niezaspokojenie powoduje dokuczliwe uczucie niespełnienia, które w zasadzie nigdy nie mija.

Z. Bauman dla wyjaśnienia specyfiki życia w społeczeństwie konsumpcyjnym posługuje się kategorią „*syndromu konsumpcyjnego*”, która określa relacje między członkami tego społeczeństwa a poszczególnymi elementami rzeczywistości, przy czym relacja ta we wszystkich sferach życia jest odwzorowaniem stosunku podmiot- przedmiot konsumpcji, a cała rzeczywistość podlega takim samym regułom, co dobra materialne²⁶⁵. Wyznacznikiem współczesnego społeczeństwa jest zatem konsumeryzm, który implikuje podporządkowanie większości dziedzin ludzkiego życia relacjom ekonomicznym i rynkowym. Rynek zmienia wszystko w towar konsumpcyjny, członkowie społeczeństwa natomiast wszystkie elementy rzeczywistości (w tym także innych ludzi) zaczynają traktować zgodnie z syndromem konsumpcyjnym, czyli jako dobra konsumpcyjne²⁶⁶.

W przekazach medialnych, a głównie reklamowych dominuje idea *nieograniczonej konsumpcji* w oparciu o rozbudzanie fałszywych potrzeb. Fundamentem tych przekazów jest założenie, że konsumpcja to dobro najwyższe (chodzi zarówno o spożywanie, kupowanie, jak i swoiste „konsumowanie” relacji międzyludzkich, czy kontaktów seksualnych).

²⁶³ Z. Melosik, Ponowoczesny świat konsumpcji, w: *Ciało i zdrowie...* op. cit., s. 71-72.

²⁶⁴ Ibidem, s. 71-72. por. Z. Bauman, *Globalizacja i co z tego dla ludzi wynika*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 2000, s. 96.

²⁶⁵ zob. Z. Bauman, *Płynne życie...* op. cit. s. 138-140.

²⁶⁶ zob. Z. Bauman, *Konsumenci w społeczeństwie konsumentów*, „Cykl wykładów dziekańskich” „Gospodarka i Społeczeństwo”, nr 5, Łódź 2007, s. 5.

Z konsumpcją związane jest zaznaczanie przyjemności, która jawi się jako niezbędna do osiągnięcia szczęścia. Konsumpcja w rezultacie daje chwilową tylko przyjemność, bowiem od razu pojawia się poczucie niedosytu i konieczność pogoni za kolejnymi dobrami konsumpcyjnymi. Jednocześnie media wykorzystują dominujący dziś brak czasu, wynikający z szybkiego tempa życia i starają się zachęcić ludzi do ułatwiania sobie egzystencji poprzez stosowanie różnych produktów pozwalających niejako zaoszczędzić czas (półproduktów żywnościowych, restauracji z szybkim jedzeniem, suplementów odchudzających, witaminowych, czy pozwalających na szybkie osiągnięcie satysfakcji seksualnej).

Wszechpanujący deficyt czasu wynika z mającego miejsce w XX i XXI wieku gwałtownego przyspieszenia tempa życia. Wiąże się z tym również ciągle poczucie dezorientacji i destabilizacji, a także ciągła chęć poszukiwania nowych wrażeń. W związku z brakiem czasu człowiek jest nastawiony na natychmiastowe efekty swoich działań. W pogoni za dobrami konsumpcyjnymi chce zaznaczać natychmiastowej przyjemności, by po chwili móc dalej kontynuować swój wyścig niespełnienia. Poczucie deficytu czasu powoduje, iż wszystko staramy się robić szybko, jak najszybciej, a najlepiej „od razu”. Realizację tej tendencji natychmiastowości umożliwiają nam nowoczesne technologie i wynalazki współczesności: telefony, Internet, samoloty, ogromne sklepy, w których można kupić praktycznie wszystko²⁶⁷.

Zgodnie z tezą Z. Melosika każde nowe zjawisko kulturowe stanowi odpowiedź na przemiany mające miejsce w społeczeństwie, tak więc swoistą odpowiedzią na gwałtowne przyspieszenie tempa życia jest *makdonaldyzacja*²⁶⁸ społeczeństwa, o której pisał G. Ritzer oraz *kultura typu fast food*²⁶⁹ jako egzemplifikacje określonego stylu życia. Powstanie i rozpowszechnienie sieci restauracji McDonald's oraz jej rozreklamowanie, zmieniło przekonania i postawy ludzi na temat zdrowego odżywiania i jednocześnie spowodowało ukierunkowanie społeczeństwa na kulturę typu fast food. Zatem długotrwałe przygotowywanie posiłków według ścisłych receptur oraz celebrowanie ich spożywania zostało zastąpione jedzeniem w pośpiechu oraz przygotowywaniem potraw typu *instant*. Wszystkie elementy codzienności, które pozwalają zaoszczędzić czas [nie tylko te związane z żywieniem] są w kulturze typu fast food postrzegane pozytywnie. Stąd też określenie przez G. Ritzera *makdonadyzacji*, jako procesu stopniowego upowszechniania się zasad działania

²⁶⁷ Z. Melosik, McDonald's, tożsamość i zdrowie, w: *Ciało i zdrowie...* op. cit., s. 92.

²⁶⁸ G. Ritzer, *Makdonaldyzacja społeczeństwa*, wyd. Muza, Warszawa 2003.

²⁶⁹ Z. Melosik McDonald's, tożsamość i zdrowie... op. cit., s.92.

restauracji z szybkimi daniami na wszystkie dziedziny życia, w USA oraz na świecie²⁷⁰. Proces ten jest zatem tożsamy z rozumieniem kultury typu fast food, o której pisał Z. Melosik. Ten typ kultury odpowiada obecnemu stylowi życia gloryfikującemu życie bez zobowiązań [*fast food, fast car, fast sex*]. Zmiany te powodują narastający brak stabilności również w kontaktach międzyludzkich. Życie w społeczeństwie konsumpcyjnym to ciągle zrywanie starych i budowanie nowych więzi²⁷¹. Takie narzędzia technologiczne jak telefon komórkowy, czy Internet przyczyniają się do nadawania kontaktom międzyludzkim znamiona natychmiastowości. Współczesny człowiek socjalizowany do życia w społeczeństwie konsumpcyjnym i przekonany o tym, iż taki świat jest najlepszym z możliwych, zmuszony jest niejako do nawiązywania szybkich „nietrwałych, acz satysfakcjonujących relacji typu „wchodzę, wychodzę, nigdy mnie tu nie było”, których głównym wyznacznikiem jest brak zaangażowania²⁷². Domeną takich relacji jest „minimum zaangażowania, a maksimum satysfakcji”. Przymus nawiązywania takich właśnie relacji wynika z faktu, iż innego typu relacji człowiek nawiązywać już po prostu nie potrafi, ponieważ kontekst jego życia, czyli zarówno otaczający świat, jaki i przekazy medialne utwierdzają go w konieczności życia w taki właśnie sposób.

Oczywiście te tendencje w stylu życia współczesnego człowieka, nie pozostają bez wpływu na jego zdrowie oraz kondycję psychiczną. M. Górnik- Durose pisze o *merkantylizmie psychicznym*, jako konsekwencji nastawienia konsumpcyjnego. Pojęcie to autorka definiuje, jako kompleks psychiczno- behawioralny, którego fundament stanowi przekonanie, iż najważniejsze w relacjach społecznych jest uzyskiwanie rezultatów, czyli korzyści zewnętrznych. Takie przekonanie jest wyrażane przez hierarchię wartości oraz wizję świata przynależną do danej jednostki i implikuje określone kryteria podejmowania decyzji, a mianowicie osiągnięcie zysku definiowanego zewnętrznie, ocenę relacji interpersonalnych w kategorii bilansu zysków i strat, a także preferencje do autoprezentacji poprzez stan posiadania, atrybuty atrakcyjności fizycznej i interpersonalnej. Osoby o orientacji merkantylnej stawiają wartości materialistyczne ponad humanistyczne, a orientacja ta wpływa na strukturę celów życiowych, wizję świata, swojej osoby i innych ludzi²⁷³.

Z. Bauman pisze o trzech etapach relacji konsumenta z drugim człowiekiem, biorąc pod uwagę tezę o podporządkowaniu sfery relacji międzyludzkich zasadom rynkowym: etap

²⁷⁰ G. Ritzer, Makdonaldyzacja społeczeństwa... op. cit., s. 14.

²⁷¹ Z. Melosik, McDonald's, tożsamość i zdrowie... op. cit., s. 92.

²⁷² por. A. Giddens, Przemiany intymności... op. cit. s. 75-76.

²⁷³ M. Górnik- Durose, K. Janiec, Merkantylizm psychiczny, struktura celów życiowych a poczucie dobrostanu psychicznego, w: Życie w konsumpcji, konsumpcja w życiu. Psychologiczne ścieżki współzależności. red. M. Górnik- Durose, A.M. Zawadzka, wyd. GWP, Sopot 2010, s. 143-144.

pierwszy, czyli nabycie osoby- wejście w relację; etap drugi- używanie osoby, czyli tymczasowe podtrzymanie relacji, tak aby czerpać maksimum przyjemności; etap trzeci- pozbycie się przedmiotu konsumpcji, czyli zerwanie relacji. Oczywiście po przejściu przez powyższe etapy następuje poszukiwanie kolejnego przedmiotu konsumpcji- osoby i proces zaczyna się od początku²⁷⁴.

Jako symbol współczesnego nastawienia konsumpcyjnego ukierunkowanego na natychmiastową przyjemność w sferze seksualnej Z. Melosik uznaje *Viagrę*²⁷⁵ [będącą synonimem wszelkich środków wspomagających aktywność seksualną]. Zapewnia ona bowiem seks typu *instant*, czyli pozwala zaoszczędzić czas, ponieważ dzięki takim środkom człowiek może osiągnąć natychmiastową satysfakcję. Jednocześnie Viagra dostarcza przyjemności skondensowanej i zmaksymalizowanej. Ponadto stosowanie środków zwiększających *libido* oraz propaganda tych środków przez mass media, powoduje, iż sferą seksualną w życiu ludzi zaczynają rządzić podobne prawa jak sferą konsumpcji dóbr. Otóż człowiek zaczyna żyć w ciągłym seksualnym niepokoju, który może skłaniać go do poszukiwania coraz to nowych seksualnych wrażeń, a to z kolei może implikować podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych i ciągłe nienasycenie rodzące frustrację²⁷⁶.

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania, trafnym określeniem skomplikowanych mechanizmów funkcjonujących w społeczeństwie konsumpcyjnym jest *prymat konsumpcji, przyjemności i natychmiastowości*. O tym, iż przekazy kultury masowej a zwłaszcza reklamy zachęcają do pogoni za dobrami konsumpcyjnymi nie trzeba nikogo przekonywać. Ponadto przekazy te bazując na fałszywych potrzebach ukazują dobra konsumpcyjne, jako swoiste insygnia pozycji społecznej i prestiżu²⁷⁷, gwarantując na przykład, że posiadanie tej, czy owej rzeczy uczyni posiadacza wyjątkowym, zapewni przyjemność oraz satysfakcję. Dodatkowo w przekazach tych podkreślana jest możliwość natychmiastowego posiadania owych dóbr, wystarczy przecież pójść do hipermarketu bądź wejść na stronę internetową i dokonać szybkiego zakupu. Zatem ukierunkowanie we współczesnej kulturze masowej zarówno na konsumpcję, jak i na przyjemność oraz natychmiastowość jest ze sobą nierozdzielnie związane. Można rzec, iż konsumpcja, przyjemność i natychmiastowość wiodą prym we współczesnym społeczeństwie, które jest podległe kulturze masowej.

²⁷⁴ M. Morciniak, Rzecz o utowarowieniu siebie i innych, w: Dyskursy kultury popularnej w społeczeństwie współczesnym, red. A. Cybał- Michalska, P. Wierzbą, wyd. Impuls, Kraków 2012, s. 73. por. Z. Bauman, Życie na przemiał, wyd. Literackie, Kraków 2004, s. 190-204.

²⁷⁵ Z. Melosik, Viagra: konteksty kulturowe i społeczne, w: Ciało i zdrowie... op. cit. s. 220-221.

²⁷⁶ Zob. podrozdział dot. seksualizacji

²⁷⁷ por. T. Veblen, Teoria klasy próżniaczej, wyd. Muza, Warszawa 2008.

Jednocześnie media, ale i współczesne wielkie koncerny farmaceutyczne wykorzystują dominujący dziś brak czasu i starają się zachęcić ludzi do ułatwiania sobie egzystencji poprzez stosowanie różnych suplementów i pseudomedycznych produktów pozwalających niejako zaoszczędzić czas i osiągnąć natychmiastowe rezultaty. Działania te mają związek z kolejną grupą zjawisk, których analizę zawiera następny podrozdział.

2.6. Komercjalizacja zdrowia i medykalizacja codzienności w przekazach medialnych

W związku z omówionymi wyżej tendencjami także zdrowie zostaje skomercjalizowane i podporządkowane prawom rynkowym. W sektorze usług i produktów zdrowotnych obowiązują zatem prawa wolnego rynku, rywalizacja oraz reklama. Zdrowie, idealny wygląd i sprawność stają się priorytetowymi potrzebami współczesnych ludzi, które silnie stymulują rynek. Powstaje wiele salonów medycyny estetycznej i kosmetologii, popularnością cieszy się także korzystanie z usług dietetyków, trenerów personalnych, fizjoterapeutów, psychologów żywienia. Można zatem mówić o *komercjalizacji zdrowia, ciała i sprawności*. Ludzie coraz częściej włączają w obszar swoich zainteresowań konsumenckich produkty związane ze zdrowiem. Ciało i zdrowie jawią się jednocześnie jako towar oraz produkt będący narzędziem rynku ukształtowanego przez kulturę konsumpcyjną²⁷⁸. Ta tendencja jest sprzeczna z właściwym rozumieniem zdrowia jako wartości autotelicznej, a nie instrumentalnej, oraz postrzeganiem zdrowia jako podstawowego zasobu jednostkowego i zbiorowego, a także niezbędnego środka do realizacji celów życiowych²⁷⁹.

Zachowania zdrowotne stały się obecnie źródłem ogromnych dochodów różnych firm i koncernów, natomiast motywacją do ich podejmowania nie jest już chęć zachowania i doskonalenia zdrowia w celu podnoszenia jakości życia, a raczej względy estetyczne związane z obowiązującymi kanonami urody. Dotyczy to np. takich sfer będących obecnie

²⁷⁸ P.F. Nowak, Aktualne trendy i problemy promocji zdrowia w polskiej szkole, w: Promocja zdrowia w środowisku szkolnym, red. P.F. Nowak, A.M. Rogowska, wyd. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Racibórze, Racibórz 2014, s. 13.

²⁷⁹ E. Syrek, K. Borzucka- Sitkiewicz, Edukacja zdrowotna. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009, s. 26—27. por. M. Górnik- Durose, B. Mróz, A.M. Zawadzka, Współczesna oferta supermarketu szczęścia- nowe zjawiska w zachowaniach konsumenckich. Trójęjęs interdyscyplinarny. w: W supermarketcie szczęścia. O różnorodności zachowań konsumenckich w kontekście jakości życia, red. M. Górnik- Durose, A.M. Zawadzka, wyd. Difin, Warszawa 2012, s. 321-336.

niezwykle intratnymi, jak zdrowe odżywianie, aktywność fizyczna, kontrola wagi, wypoczynek i relaks. Nie ulega wątpliwości, że konsumpcja, a raczej jej rodzaj i zakres, staje się wyznacznikiem pozycji społecznej. Zdrowy, proekologiczny i aktywny styl życia świadczy obecnie o wyższym statusie społecznym. Można nawet mówić o swoistej modzie na zdrowy styl życia. Zjawiska te wykorzystuje się w kampaniach marketingowych produktów i usług zdrowotnych.

Przejawem komercjalizacji zdrowia jest nie tylko włączanie produktów zdrowotnych w zachowania konsumenckie ludzi, ale również transformacja relacji lekarz – pacjent, która coraz częściej nabiera charakteru usługodawca – klient, a jakość tego kontaktu jest wyznaczana przez zasób portfela klienta. Innym przejawem komercjalizacji zdrowia może być korzystanie z usług różnego rodzaju gabinetów, np. medycyny estetycznej, stomatologii, ale również konsumowanie leków i suplementów dostępnych bez recepty, reklamowanych w środkach masowego przekazu. Używając tego typu specyfików, współczesny człowiek myśli, że w ten sposób „kupi zdrowie”. Ponadto podejście to stanowi przejaw charakterystycznego dla obecnej kultury nastawienia na uzyskiwanie natychmiastowych efektów bez wysiłku. W marketingu zdrowotnym wykorzystuje się dominujący dziś brak czasu wynikający z szybkiego tempa życia i zachęca się ludzi do ułatwiania sobie egzystencji poprzez stosowanie różnych produktów pozwalających niejako zaoszczędzić czas, np. specyfików pozwalających uzyskać szybką satysfakcję seksualną, odchudzających, ułatwiających zasypianie czy likwidujących skutki niezdrowych nawyków (tabletki na kaszel palacza, na wątrobę, spalacze tłuszczów etc.) Co warto uwagi: Polska znajduje się na piątym miejscu w Europie, jeśli chodzi o spożycie leków i suplementów dostępnych bez recepty. Badania wskazują także, iż Polacy zamiast wprowadzać ewentualne modyfikacje w sposobie żywienia czy innych elementach stylu życia, wolą wspomagać się sztuczną suplementacją, jest to bowiem prostsze i nie wymaga wysiłku. Zmiana zachowań konsumenckich ludzi coraz częściej korzystających z usług i produktów zdrowotnych, warunkuje intensywną rywalizację producentów i usługodawców, a największe znaczenie w tej rywalizacji odgrywa reklama będąca podstawowym wyznacznikiem wyborów współczesnych ludzi. Dodatkowo wiarygodność tych przekazów próbuje się wzmocnić poprzez udział pseudomedycznych autorytetów i powołując się na wątpliwe badania²⁸⁰.

Z dokonującą się na oczach współczesnego człowieka *komercjalizacją zdrowia* łączy się *medykalizacja*- w najbardziej ogólnym sensie rozumiana jako proces stawania się czegoś

²⁸⁰ Ibidem, s. 333-335.

„niemedycznego”, czymś „medycznym”²⁸¹. P. Windling wiąże to pojęcie z postępem naukowym w obrębie medycyny, zaś I. Zola uznaje medykalizację za proces, w którym coraz to większa część życia codziennego podlega wpływowi obszaru medycznego²⁸². Współcześnie pojęcie to jest związane z charakteryzowaniem naturalnych procesów fizjologicznych oraz zjawisk związanych ze starzeniem organizmu, w kategoriach problemów zdrowotnych. Z. Melosik pisze o idei *farmakologicznego społeczeństwa* czy też *farmakologizacji społeczeństwa*, w którym ma miejsce korygowanie myślenia, nastroju i zachowania za pomocą różnych środków farmakologicznych²⁸³. Natomiast A. Giddens wspomina o mającym miejsce w połowie lat 90. w USA oraz Wielkiej Brytanii nadmiernym stosowaniu leku o nazwie *ritalin*. Otóż lek ten jest przepisywany dzieciom i młodzieży z tzw. ADHD, czyli Zespołem Nadpobudliwości Psychoruchowej z Deficytem Uwagi (z *ang. attention deficit hyperactivity disorder*). Lek ten pomaga skupić uwagę, działa uspokajająco. Okazało się jednak, że często przepisywany był dzieciom, u których nie zdiagnozowano ADHD, a jedynie pewne jego symptomy wynikające zazwyczaj z napięcia i stresu występującego w środowiskach funkcjonowania dzieci i młodzieży. Było to zatem swego rodzaju wygodnictwo i pójście na skróty zarówno w wypadku rodziców, jak i lekarzy nadmiernie przepisujących ten specyfik. Lekarze niejako zmedykalizowali nadaktywność dzieci i ich kłopoty ze skupieniem uwagi, zamiast skoncentrować się na ewentualnych społecznych przyczynach występujących nieprawidłowości. W takich wypadkach medykaliacja czy farmakologizacja jest prostszym rozwiązaniem, zazwyczaj bowiem przynosi efekt natychmiastowy, często jednak promowane specyfiki przy długotrwałym stosowaniu wywołują negatywne skutki uboczne²⁸⁴.

W rozważaniach nad tym zagadnieniem podkreśla się współczesne tendencje do medykaliacji dewiacji [np. nieakceptowanego zachowania], naturalnych stanów (poród, menopauza), które poddaje się często zbędnym medycznym interwencjom oraz problemów życiowych (objadanie się, nieśmiałość, itp.)²⁸⁵. Procesy te powodują zatem silne sprzężenie sfery działań społecznych i sektora medycznego oraz w kontekście jednostkowym-

²⁸¹ M. Nowakowski, *Medykaliacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*, wyd. Uniwersytet Marii Curie- Skłodowskiej, Lublin 2015, s. 15.

²⁸² Ibidem s. 16.

²⁸³ por. Z. Melosik, *Prozac: (pop)szczęście i sukces życiowy w społeczeństwie współczesnym*, w: *Kultura popularna i tożsamość młodzieży. W niewoli władzy i wolności*, red. Z. Melosik, Impuls, Kraków 2013, s. 221 - 223.

²⁸⁴ A. Giddens, *Socjologia*, wyd. PWN, Warszawa 2005, s. 176.

²⁸⁵ M. Nowakowski, *Medykaliacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*, wyd. Uniwersytet Marii Curie- Skłodowskiej, Lublin 2015, s.18-19.

zmedykalizowanie codziennego życia człowieka oraz jego codziennych dolegliwości i problemów nie noszących często znamion chorobowych czy patologicznych.

Obecnie pokłosiem medykalizacji jest promowanie (szczególnie poprzez przekazy medialne) konieczności farmakologicznego korygowania pewnych dolegliwości w zasadzie niewymagających terapii. Oczywiście kryje się za tym wielki biznes koncernów farmaceutycznych, który z kolei implikuje opisywanie pewnych zjawisk w kategoriach jednostek chorobowych, mimo iż zjawiska te uprzednio były traktowane jako zupełnie normalne. Natomiast kiedy jakieś zjawisko zostanie już sklasyfikowane jako zaburzenie, wówczas rynek niemalże zasypuje osobę dotkniętą owym pseudozaburzeniem, przeróżnymi specyfikami czy też ofertą zabiegów mających zniwelować uciążliwe objawy²⁸⁶.

Przekazy medialne, a zwłaszcza reklamy, powodują medykalizację codzienności, bowiem zachęcają ludzi do testowania najróżniejszych specyfików mających przybliżyć ich do osiągnięcia zdrowia. Tak więc zdrowie w mediach stanowi pewną wartość, ale ulega komercjalizacji i ukazywane jest raczej jako towar, który można kupić lub zdobyć poddając się różnym pseudomedycznym zabiegom, czy też zażywając rozmaite leki i suplementy. Propagowane w reklamach leki dostępne bez recepty, zachęcają ludzi do korygowania wszelkich dolegliwości, nawet objawów naturalnych procesów fizjologicznych, a także modyfikowania nastroju i zachowania za pomocą różnego rodzaju specyfików²⁸⁷. Opisane powyżej zjawiska obecne w przekazach medialnych kultury masowej są swoistymi paradoksami współczesnej kultury. Zjawiska te mają istotne znaczenie dla kształtowania się stylu życia ludzi i ich zachowań zdrowotnych, co z kolei implikuje konkretne zdrowotne konsekwencje. Bezpieczne poruszanie się w świecie mass mediów wymaga świadomości oraz kompetencji, które wykształcić można poprzez właściwą edukację konsumencką oraz skuteczne promowanie zdrowego stylu życia jako wartości autotelicznej.

Projekt badawczy omówiony w niniejszej dysertacji ma wskazać związki między postrzeganiem przez ludzi omówionych wyżej zjawisk, a podejmowanymi przez nich zachowaniami zdrowotnymi. Weryfikacja tych zależności pozwoli, zaś na wyodrębnienie konkretnych rekomendacji dla praktyki edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, ukierunkowanych na kształtowanie świadomości medialnej oraz umiejętności krytycznej analizy dyskursów zdrowia zawartych w przekazach kultury masowej.

²⁸⁶ E. Wojtyna, P. Stawiarska, O współczesnym rozumieniu zdrowia, w: *Kultura współczesna a zdrowie: aspekty psychologiczne*, red. M. Górnik-Durose, wyd. GWP, Sopot 2013, s. 54–58.

²⁸⁷ por. E. Wojtyna, P. Stawiarska, O współczesnym rozumieniu zdrowia, w: *Kultura współczesna a zdrowie*, red. M. Górnik-Durose, wyd. GWP, Sopot 2013, s. 53-60. ; por. Z. Melosik, Prozac: (pop)szczęście i sukces życiowy w społeczeństwie współczesnym, w: *Kultura popularna i tożsamość młodzieży...op.cit.*, s. 221-223.

Omówienie problematyki promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, jako współczesnych narzędzi podnoszenia świadomości zdrowotnej i poprawy stanu zdrowia populacji, zawiera kolejny rozdział.

Rozdział 3. Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, jako narzędzia do zmiany zachowań zdrowotnych

3.1. Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna- charakterystyka pojęć i rozróżnienia definicyjne

Promocja zdrowia zaistniała jako społeczny ruch prozdrowotny na gruncie dawnych zasad higieny i ma niespełna 30- letnią historię. Idea ta poczęła się w latach 70., narodziła w 80., a rozwinęła u schyłku XX wieku. Uważa się, iż tego terminu po raz pierwszy użył H. Sigerist wyróżniając cztery główne zadania medycyny: promocja zdrowia, zapobieganie chorobom, leczenie i rehabilitacja²⁸⁸. Jednocześnie wskazał na różnicę między promocją zdrowia, a profilaktyką wprowadzając owo rozróżnienie terminologiczne.

Impulsem do powstania koncepcji promocji zdrowia było pojawianie się chorób przewlekłych warunkowanych stylem życia a nazwanych później cywilizacyjnymi. Wobec tych chorób medycyna naprawcza najczęściej była bezradna, zatem zaczęto poszukiwać nowych sposobów ochrony zdrowia. Krajem, który pierwszy podjął działania z zakresu promocji zdrowia była Kanada. W 1974 roku M. LaLonde przedłożył parlamentowi dokument „Nowa perspektywa dla zdrowia Kanadyjczyków”. Natomiast w 1978 roku Światowe Zgromadzenie Zdrowia na podstawie licznych analiz ustaliło, że stan zdrowia ludności na świecie stale się pogarsza, postanowiono więc podjąć działania prozdrowotne na szeroką skalę. Od początku 1980 roku rozpoczęto działalność w regionie europejskim- WHO Regionu Europejskiego w 1984 roku opublikowało dokument zawierający koncepcję, definicję i program działań w formie *polityki promocji zdrowia*. Zdrowie zaczęto pojmować jako bogactwo społeczeństw, w które niezwłocznie należy inwestować.

Bardzo istotny moment w rozwoju promocji zdrowia miał miejsce w 1986 roku, wówczas podczas Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w Ottawie powstała

²⁸⁸ B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna... op. cit., s. 129.

Karta Ottawska nazwana „konstytucją” promocji zdrowia. Jest ona trwałym dokumentem o znaczeniu fundamentalnym²⁸⁹. Karta Ottawska zawiera pierwszą oficjalną definicję promocji zdrowia mówiącą, iż jest to „*proces umożliwiający ludziom uzyskanie kontroli nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę*”²⁹⁰. Kontrola ta ma bezpośredni związek z czynnikami warunkującymi zdrowie człowieka, dlatego zadaniem promocji zdrowia jest przede wszystkim kształtowanie odpowiednich warunków życia. Wiąże się to ze strategią mediacji między ludźmi i ich środowiskiem, łączy wybór indywidualny ze społeczną odpowiedzialnością za zdrowie²⁹¹.

Koncepcja promocji zdrowia zakłada działania wielosektorowe opierające się na strategii współpracy, a jej fundament stanowi holistyczny i społeczno-ekologiczny model zdrowia. W potocznym rozumieniu jest jednak często utożsamiana tylko z propagowaniem prozdrowotnego stylu życia. Wiele osób mylnie sądzi, iż promocja zdrowia to po prostu substytut pojęcia profilaktyka. Jednak celem promocji zdrowia jest wzrost odpowiedzialności społecznej za zdrowie. Aby odpowiedzialność ta w populacjach mogła wzrastać, konieczne jest zagwarantowanie dostępu do podstawowych zasobów (dochód, mieszkanie, żywność); zapewnienie dostępu do informacji oraz kształtowanie umiejętności życiowych; stworzenie środowiska gwarantującego możliwość dokonywania prozdrowotnych wyborów oraz zapewnienie gospodarczych, fizycznych i kulturowych warunków wzmacniających zdrowie²⁹². Aby działania takie mogły zaistnieć konieczne jest- na szczeblu państwowym prowadzenie polityki ukierunkowanej na zdrowie.

Promocja zdrowia nie jest więc działaniem wyłącznie medycznym, opiera się na *działalności międzysektorowej*. Koncentruje się na zdrowiu (nie na chorobie) i zwiększaniu jego potencjału. Ma na celu kształtowanie sprzyjającego zdrowiu stylu życia i środowiska oraz uświadomienie ludziom osobistej odpowiedzialności za swój stan zdrowia. Dzięki takim działaniom, zdaniem Z. Słońskiej, ludzie mogą aktywnie uczestniczyć w definiowaniu problemów, podejmowaniu decyzji i działaniu na rzecz zmiany uwarunkowań zdrowia²⁹³.

Promocja zdrowia zakłada także działania polityczne i legislacyjne mające za zadanie ułatwienie podejmowania sprzyjających zdrowiu decyzji w środowisku życia danej populacji.

²⁸⁹ J.B. Karski, *Promocja zdrowia z perspektywy...* op. cit., s. 19-23. (por. E. Syrek, *Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w regionie górnośląskim*, Katowice 1997, s.111-113.

²⁹⁰ E. Syrek, K. Borzucka- Sitkiewicz, *Edukacja...* op. cit., s. 70-71.

²⁹¹ A. Ostrowska, *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, wyd. IFiS PAN, Warszawa 1999, s. 163-164.

²⁹² Z Słońska, *Edukacja zdrowotna a promocja zdrowia*, w: *Promocja zdrowia*, red. J.B. Karski, wyd. Ignis, Warszawa 1999, s. 310.

²⁹³ Ibidem, s. 310-311.

Zawiera więc w sobie *działania edukacyjne poszerzone o politykę zdrowotną*²⁹⁴. O łączeniu działań edukacyjnych ukierunkowanych na jednostki oraz politycznych skierowanych do całych populacji, mówi definicja J. Green i M.W. Kreuter: „*promocja zdrowia jest połączeniem działań edukacyjnych oraz różnego rodzaju wsparcia- środowiskowego, społecznego, politycznego, ekonomicznego, prawnego i taktycznego, sprzyjającego zdrowiu*”²⁹⁵.

Zatem niezwykle istotnym i komplementarnym elementem promocji zdrowia jest *edukacja zdrowotna*. Aby ludzie aktywnie uczestniczyli w procesie zapobiegania chorobom i kontrolowali własny stan zdrowia, a także umacniali jego potencjał muszą *wiedzieć, rozumieć, umieć i chcieć to robić*. Edukacja zdrowotna stanowi proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i społeczności, w której żyją. Odbiorcami tych działań są poszczególne jednostki, natomiast promocja zdrowia jest ukierunkowana na systemy społeczne i zbiorowości²⁹⁶.

Edukacja zdrowotna stanowi więc proces oparty na naukowych zasadach, stwarzający sposobność planowanego uczenia się, zmierzający do umożliwienia jednostkom podejmowania świadomych decyzji dotyczących zdrowia i postępowania zgodnie z nimi.

K. Tones i J. Green za edukację zdrowotną uznają każdą planowaną działalność, która zorientowana jest na uczenie się o zdrowiu i chorobie²⁹⁷. W literaturze przedmiotu wyróżnia się trzy nadrzędne cele edukacji zdrowotnej:

- motywowanie ludzi do rozpoznawania własnych problemów zdrowotnych i działania na rzecz ich rozwiązania;
- pomaganie w podejmowaniu prozdrowotnych wyborów i decyzji, z uwzględnieniem potrzeb innych ludzi oraz środowiska;
- kształtowanie prozdrowotnego stylu życia i prozdrowotnych zachowań²⁹⁸.

Na cele te zwraca również uwagę E. Charońska ujmując edukację zdrowotną, jako całokształt działań zmierzających do kształtowania u ludzi zachowań sprzyjających zdrowiu, tak aby mogli prowadzić zdrowy styl życia, umacniać swój potencjał zdrowotny oraz wpływać na zdrowie własne i swojej społeczności dzięki posiadaniu odpowiednich kompetencji wykształconych właśnie w toku edukacji zdrowotnej²⁹⁹.

²⁹⁴ J. Green, K. Tones, Health Promotion... op. cit., s. 16-17

²⁹⁵ J. Felińska, Wybrane zagadnienia z zakresu promocji zdrowia, w: Promocja zdrowia, red. A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiewicz, wyd. PZWL, Lublin 2008, s. 86.

²⁹⁶ B. Woynarowska, Zdrowie i szkoła, wyd. PZWL, Warszawa 2000, s. 423-424,

²⁹⁷ K. Tones, J. Green, Health Promotion... op. cit. s. 28

²⁹⁸ K. Borzucka- Sitkiewicz, Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna... op. cit., s. 53-54.

²⁹⁹ B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna... op. cit., s. 102.

We współczesnych ujęciach edukacji zdrowotnej podkreśla się jej interdyscyplinarny charakter oraz konieczność zaangażowania i aktywnego działania osób, do których jest skierowana. Ponadto skuteczna edukacja zdrowotna musi być procesem całościowym, systematycznym i skrupulatnie zaplanowanym z uwzględnieniem potrzeb grup docelowych. O skuteczności tych oddziaływań decyduje także dobrowolność udziału. Co istotne, edukacja zdrowotna obejmuje działania skierowane nie tylko do osób zdrowych, ale także chorych i niepełnosprawnych, w celu rozwijania ich kompetencji ukierunkowanych na zmniejszanie skutków owych niedomagań³⁰⁰.

W praktyce przyjmuje się, iż edukacja zdrowotna powinna polegać na działaniu wielokierunkowym, pierwszym (ale nie jedynym) jej elementem jest *przekazywanie wiedzy*. Kolejne kierunki działań to kształtowanie *prozdrowotnych nawyków* (pojmowanych jako zautomatyzowane czynności sprzyjające zdrowiu), *przekonań* (czyli względnie stałych składników świadomości człowieka określanych, jako zinternalizowana wiedza), *umiejętności* (sprawności w wykonywaniu czegoś co służy utrzymywaniu i doskonaleniu zdrowia). Ponadto w toku edukacji zdrowotnej dąży się do kształtowania *prozdrowotnych postaw*, czyli względnie trwałych predyspozycji do reagowania lub zachowywania się w sposób sprzyjający zdrowiu. Postawy wobec zdrowia mają na ogół trzy komponenty: *poznawczy* (przekonania, myśli, wiedza o zdrowiu i chorobie); *emocjonalny* (reakcje, emocje związane z różnymi aspektami zdrowia); *behawioralny* (zachowania zdrowotne)³⁰¹. Liczne badania dotyczące skuteczności edukacji zdrowotnej potwierdzają, iż wszystkie wymienione wyżej elementy są tak samo ważne. Zaś omówione wcześniej modele wyjaśniające zmiany zachowań zdrowotnych potwierdzają, iż sama wiedza nie jest inicjatorem prozdrowotnej zmiany, istotna jest bowiem szeroko pojęta motywacja do zmiany, która można wydobyć właśnie dzięki oddziaływaniom edukacyjnym.

Biorąc pod uwagę kontekst życia współczesnego człowieka i oddziaływanie zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej, adekwatna wydaje się definicja edukacji zdrowotnej podana przez T.B. Kulik, która odnosi edukację zdrowotną do wiedzy, zachowań, przekonań, sposobów oraz stylów życia mających na celu utrzymanie zdrowia³⁰². Współczesne strategie edukacji zdrowotnej powinny zatem uwzględniać wpływ przekazów medialnych na styl życia ludzi. Ponadto edukacja ta stanowi szansę na zmianę zachowań potencjalnie zagrażających zdrowiu. Według T.B. Kulik, aby taka zmiana mogła nastąpić,

³⁰⁰Ibidem, s. 102-103. por. B. Woynarowska, Podstawy teoretyczne i strategie edukacji zdrowotnej w szkole „Lider” 1999 nr 1, s. 15.

³⁰¹por. B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna... op. cit. s. 102-107.

³⁰²A. Wójtewicz, Ciało w kulturze konsumpcji, wyd. Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2014, s. 119.

konieczne jest: dostarczanie adekwatnych informacji, perswazja sprzyjająca motywowaniu, kształtowanie umiejętności praktycznych, interakcja ze środowiskiem w celu uzyskania wsparcia oraz stworzenie warunków do wprowadzenia zmian w życie³⁰³. To podejście ściśle łączy edukację zdrowotną ze stylem życia i środowiskiem psychospołecznym człowieka i wskazuje na konieczność przekazywania adekwatnych informacji, czyli budowanie wiedzy z uwzględnieniem wszystkich punktów odniesienia współczesnego człowieka- w tym również oddziaływania mass mediów. Nie można bowiem zapominać, iż podstawą współczesnej edukacji zdrowotnej jest społeczno-ekologiczny model zdrowia, w myśl którego zachowania zdrowotne pozostają pod znaczącym wpływem wszystkich środowisk, w których funkcjonuje człowiek oraz kultury i jej przekazów (w tym również kultury masowej). Tworząc strategie edukacji zdrowotnej skierowane do współczesnych populacji należy te wpływy uwzględniać.

Promocja zdrowia i jej narzędzie w postaci edukacji zdrowotnej, pozostają w ścisłym związku z dyscypliną, jaką jest pedagogika (w niej należy się także doszukiwać ich teoretycznych podwalin). Kwestie te omawia kolejny podrozdział.

3.2. Podstawy teoretyczne promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej

Podstaw teoretycznych, jak i praktycznych promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej można doszukiwać się w subdyscyplinie pedagogicznej, jaką jest *pedagogika społeczna*. Zatem w rozważaniach tych na wstępie należy wspomnieć o działalności Heleny Radlińskiej będącej prekursorką pedagogiki społecznej w Polsce. W pierwszej połowie ubiegłego wieku stworzyła ona polską szkołę pedagogiki społecznej, z której dorobku pedagogicy korzystają po dziś dzień. Helena Radlińska w swej teorii pracy socjalnej ukazuje przede wszystkim współzależność między pracą wychowawczą a wpływami środowiska. Zatem w jej ujęciu pedagogika społeczna to działalność środowiskowa- nadająca procesowi wychowawczemu charakter aktywizujący i ulepszającego środowisko- zgodnie z potrzebami danej społeczności³⁰⁴.

Odnosząc się do procesu wychowawczego, według prekursorki polskiej pedagogiki społecznej, odbywa się on w trzech fazach rozwojowych: *wzrostu, wzrastania i wprowadzania*. Wzrost, czyli rozwój osobniczy, fizyczny i psychiczny jest zjawiskiem

³⁰³ T. B. Kulik, *Koncepcja zdrowia w medycynie...* op. cit., s. 25.

³⁰⁴ por. E. Syrek, *Wychowanie jako przedmiot analiz pedagogiki społecznej i socjologii wychowania*, wyd. UŚ, Katowice 1987, s. 12-15.

autonomicznym, a rola wychowawcy polega na stwarzaniu warunków, w których ów rozwój nie będzie narażony na zahamowania, a wszelkie braki będą uzupełniane lub leczone. Wzrastanie zaś polega na stopniowym wkraczaniu jednostki do różnych i coraz szerszych grup społecznych, w tej fazie rola wychowawcy polega na pomocy w przewyżnianiu braków środowiskowych, ale i korzystaniu z zasobów tego środowiska. Wprowadzenie w wartości kulturowe polega natomiast na inicjowaniu sytuacji i wytwarzaniu odpowiedniej atmosfery pozwalającej na dostrzeganie dóbr kulturowych i dokonywanie spośród nich odpowiedniego wyboru³⁰⁵.

Wpływ środowiska na wychowanie Helena Radalińska podkreślała także odnosząc się do funkcji pedagogiki społecznej w aspekcie przeobrażenia środowiska i rozwoju osobowości. Według niej podstawowe zadania pedagogiki społecznej w kontekście zmian środowiskowych, to przede wszystkim *kompensacja, profilaktyka i doskonalenie*. Kompensacja to nic innego jak wyrównywanie braków środowiskowych bądź osobniczych, utrudniających pomyślny rozwój jednostki oraz stwarzanie prawidłowych warunków rozwoju. Zaś profilaktyka jest związana z działaniami o charakterze zapobiegawczym w odniesieniu do niekorzystnych wpływów środowiska, ale także ze wzmacnianiem wpływów pozytywnych. Doskonalenie natomiast wiąże się z samodzielną aktywnością służącą wszechstronnemu rozwojowi jednostki³⁰⁶.

Helena Radalińska podkreślała także konieczność wykorzystywania nauk biologicznych i medycznych w działaniach związanych z pracą socjalną, bowiem dzięki temu możliwe jest dokonanie badań nad indywidualnym rozwojem poszczególnych jednostek ze wskazaniem na ich społeczne przyczyny oraz możliwości zapobiegania i kompensacji ewentualnych zahamowań i nieprawidłowości³⁰⁷. W swej teorii pracy socjalnej Helena Radalińska wielokrotnie wspominała o problematyce zdrowia, między innymi o wychowaniu dla spraw zdrowia związanym z umożliwianiem ludziom zdobywania wiedzy o zdrowiu, kształtowaniem umiejętności sprzyjających zdrowiu, profilaktykę, rehabilitację i stosowanie zasad chroniących zdrowie- zarówno w życiu jednostkowym, jak i zbiorowym. Można przyjąć, iż diagnozowanie sytuacji zdrowotnej oraz potrzeb zdrowotnych środowiska lokalnego stanowi istotne pole działań pedagogiki społecznej, bowiem ma związek z dążeniem do prawidłowego i pełnego rozwoju, dla którego zdrowie ma istotne znaczenie.

³⁰⁵ Z. Chmaj, Prądy i kierunki w pedagogice XX wieku, Państwowy Zakład Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1963, s. 316.

³⁰⁶ A. Kamiński, Wstęp: Zakres i podstawowe pojęcia pedagogiki społecznej Heleny Radlińskiej, w: Pedagogika społeczna, red. H. Radlińska, wyd. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1961, s. 27.

³⁰⁷ H. Radlińska, Pedagogika społeczna, Wyd. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław- Kraków 1961, s. 364-365.

W rozważaniach na temat podstaw teoretycznych promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej nie można zatem pominąć *pedagogiki zdrowia*³⁰⁸. Obecnie dyskurs na temat statusu pedagogiki zdrowia wśród subdyscyplin pedagogicznych pozostaje otwarty, jednak najczęściej jest ona traktowana jako samodzielna subdyscyplina pedagogiczna, wpisująca się według S. Kawuli, w kryterium problemowe klasyfikacji subdyscyplin pedagogicznych³⁰⁹. Niemniej, w związku ze zmieniającą się sytuacją społeczną oraz rozwojem nauk pozostających w ścisłym związku z pedagogiką zdrowia, koniecznością staje się poszerzanie pola zainteresowań teoretyczno-badawczych oraz praktycznych, zarówno pedagogiki społecznej, jak i pedagogiki zdrowia. W tym kontekście warto przytoczyć definicję pedagogiki zdrowia zaproponowaną przez E. Syrek, bowiem w definicji tej można doszukać się bezpośrednich związków między pedagogiką zdrowia, a pedagogiką społeczną oraz promocją zdrowia i edukacją zdrowotną: „*pedagogika zdrowia jest subdyscypliną pedagogiki. Jej przedmiotem zainteresowań badawczych i analiz są społeczno- środowiskowe uwarunkowania zdrowia i choroby, wieloaspektowe i wielosektorowe działania środowiskowe (instytucjonalne i pozainstytucjonalne) na rzecz zdrowia różnych grup społecznych oraz badanie i ewaluacja procesu edukacji zdrowotnej (wychowania i kształcenia) ukierunkowanej na doskonalenie zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego i umiejętności życiowych sprzyjających zdrowemu stylowi życia i poprawie jakości życia w każdym okresie życia człowieka celem projektowania pedagogicznych (w tym edukacyjnych) działań kompensacyjnych na rzecz jednostki i środowiska, wykorzystywanych także w pracy socjalnej*”³¹⁰. Zatem definicja ta podkreśla status pedagogiki zdrowia, jako odrębnej subdyscypliny pedagogicznej, ale zwraca również uwagę na specyfikę jej działań związanych z społeczno- środowiskowymi determinantami zdrowia oraz szeroko pojętymi interwencjami środowiskowymi skoncentrowanymi na rozwijaniu zdrowotnego potencjału poprzez projektowanie, wdrażanie i ewaluację działalności pedagogicznej i edukacyjnej. Biorąc więc pod uwagę tak sformułowaną definicję pedagogiki zdrowia, problematyka podjęta w ramach niniejszej dysertacji wpisuje się w obszar analiz tej subdyscypliny.

Zarówno promocja zdrowia, jak i edukacja zdrowotna posługują się konkretnymi metodami i strategiami działania ukierunkowanymi na wzmacnianie potencjału zdrowotnego

³⁰⁸ E. Syrek, *Pedagogika zdrowotna- zarys obszarów badawczych*, w: *Edukacja zdrowotna*, red. E. Syrek, K. Borzucka- Sitkiewicz... op. cit., s. 17. por. Zawadzka B., *Pedagogika zdrowia (ujęcie historyczne)*, w: *Pedagogika zdrowia w teorii i praktyce*, red. B. Zawadzka, T. Łączka, wyd. UJK, Kielce 2017, s. 83-89.

³⁰⁹ S. Kawula, *Pedagogika a kompleks i system nauk o wychowaniu*, „*Ruch Pedagogiczny*” 2000, nr 3/4, s. 27-51.

³¹⁰ E. Syrek, *Pedagogika zdrowotna- zarys obszarów badawczych*, w: *Edukacja zdrowotna...* op. cit., s. 19.

poszczególnych społeczności, warto zatem bliżej przyjrzeć się tym podejściom- kwestie te omawiają kolejne podrozdziały.

3.3. Strategie, podejścia i modele promocji zdrowia

Wspomniana już Karta Ottawska będąca, w obszarze promocji zdrowia, dokumentem o znaczeniu fundamentalnym zakłada następujące kierunki działań promocji zdrowia:

- *Budowanie prozdrowotnej polityki publicznej*: Realizacja tego obszaru działań leży w gestii rządu i jego poszczególnych sektorów. Chodzi zwłaszcza o wprowadzenie takich rozwiązań legislacyjnych, regulacji prawnych i administracyjnych, które zapewnią obywatelom równy dostęp do zasobów związanych ze zdrowiem oraz umożliwią wprowadzanie zmian w środowiskach życia ludzi. Podstawę tych działań musi stanowić uznanie zdrowia za naczelną wartość społeczną i zasób, w który należy inwestować.
- *Tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu*: Działania w ramach tego obszaru polegają na podnoszeniu świadomości ludzi, co do ich odpowiedzialności nie tylko za swoje zdrowie, ale za zdrowie innych oraz za środowisko, w którym żyją. Celem tych działań jest również zmotywowanie ludzi do pomnażania zdrowia we wszystkich środowiskach ich funkcjonowania.
- *Wzmacnianie działań społecznych na rzecz zdrowia*: Obszar ten dotyczy całego społeczeństwa i aktywnego uczestnictwa ludzi w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i pomnażaniu potencjału zdrowotnego lokalnych społeczności³¹¹.
- *Rozwijanie indywidualnych umiejętności służących zdrowiu*: Działania w ramach tego obszaru są skierowane do poszczególnych jednostek, po to, aby wyposażać je w takie umiejętności oraz kompetencje, które ułatwią dokonywanie prozdrowotnych wyborów³¹².
- *Reorientacja opieki zdrowotnej*: Ten obszar działań dotyczy zwłaszcza kadry medycznej, wymaga odejścia od ukierunkowania patogenetycznego oraz koncentracji na zdrowiu i jego promocję³¹³.

Wynikające z zapisów zawartych w Karcie Ottawskiej, istotne z punktu widzenia praktyki pedagogicznej aspekty promocji zdrowia to:

³¹¹ K. Kowalszewska- Grabowska, Promocja zdrowia w środowisku lokalnym... op. cit. s. 32-33.

³¹² K. Borzucka- Sitkiewicz, Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, w: Edukacja zdrowotna... op. cit., s. 81.

³¹³ K. Kowalszewska- Grabowska, Promocja zdrowia w środowisku lokalnym... op. cit. s. 33.

- Koncentracja na zdrowiu pozytywnym i zwiększaniu jego potencjału oraz poprawie jakości życia;
- Kształtowanie sprzyjającego zdrowiu stylu życia i środowiska społecznego oraz fizycznego;
- Uświadomienie jednostkowej i społecznej odpowiedzialności za zdrowie;
- Prowadzenie działań politycznych i międzysektorowych, dzięki którym zdrowe wybory będą dla ludzi łatwiejszymi wyborami³¹⁴.

We współczesnej promocji zdrowia dominują dwa podejścia. Pierwsze z nich, zwane *siedliskowym* (ang. *setting approach*) bazuje na zapisie zawartym w Karcie Ottawskiej odnoszącym zdrowie do miejsc codziennego życia i przebywania ludzi, czyli do *siedlisk*. To właśnie w tych miejscach, zdrowie jest przez ludzi tworzone i doświadczane. Według WHO siedlisko stanowi miejsce, gdzie ludzie kształtują środowisko, korzystają z niego, a także tworzą i rozwiązują problemy związane ze zdrowiem. Jest to zatem pewna całość- pewien system społeczny, w którym dokonują się prozdrowotne zmiany. Podejście siedliskowe ma charakter *uczestniczący*, bowiem umożliwia ludziom identyfikację z własnym siedliskiem i aktywne działanie na rzecz wspólnego rozwiązywania problemów, co z kolei wzmacnia motywację i kreatywność. Europejskie projekty promocji zdrowia zaproponowane przez WHO a oparte na podejściu siedliskowym to m.in.: *Zdrowe Miasta, Szkoła Promująca Zdrowie, Szpital Promujący Zdrowie, Zdrowe Miejsce Pracy*³¹⁵.

Drugie z funkcjonujących we współczesnej praktyce promocji zdrowia podejść to „*od ludzi do problemu*”. Polega ono na motywowaniu ludzi w poszczególnych społecznościach do identyfikacji własnych problemów zdrowotnych i podejmowania inicjatyw na rzecz ich skutecznego rozwiązania. Działania w ramach tego podejścia są zogniskowane wokół środowiska (związanego z codziennym życiem danej społeczności) oraz stylu życia (poszczególnych członków społeczności). Podstawowymi warunkami skuteczności tych działań jest uczestnictwo i współdziałanie ludzi oraz tworzenie warunków dla aktywności jednostek i grup³¹⁶.

W związku z krótką historią promocji zdrowia a jednocześnie ogromnym zapotrzebowaniem na jej działania, proces tworzenia podejść, modeli, definicji, jak

³¹⁴ B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna, Warszawa 2007, s.133. (por. B. Woynarowska, M. Sokołowska, Szkoła Promująca Zdrowie: doświadczenia dziesięciu lat, wyd. KOWEZ, Warszawa 2000, s.16 -18).

³¹⁵ B. Woynarowska, Siedliskowe podejście do zdrowia, w: Promocja zdrowia, red. J.B. Karski... op. cit., s. 367-370.

³¹⁶ K. Borzucka- Sitkiewicz, Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia... op. cit., s. 44.

i opracowywanie strategii i metod, nadal trwa. K. Tones i J. Green wyróżniają dwa modele w rozwoju promocji zdrowia:

- *model medyczny, prewencyjny* (ang. *medical, preventive model*): Funkcjonujący na początku rozwoju idei promocji zdrowia, ma swoje korzenie w naukach medycznych i biomedycznym modelu zdrowia. Jest więc zorientowany na eliminację czynników ryzyka i profilaktykę pierwszorzędową.

- *model ukierunkowany na upodmiotowienie* (ang. *empowerment model*): Model ten charakteryzuje współczesną promocję zdrowia. Jego podstawę stanowi termin *empowerment*, który nie ma dobrego odpowiednika w języku polskim, może być tłumaczony, jako *wzmacnianie* i dotyczy jednostek oraz grup. Model ten wywodzi się z założeń strategii WHO „Zdrowie dla Wszystkich”, gdzie znaleźć można zapis o konieczności aktywnego działania jednostek i społeczności, co daje im zdolność oraz moc kontroli zarówno własnego zdrowia, jak i środowiska. Ponadto w modelu tym wskazano na złożoność działań z zakresu promocji zdrowia oraz dużą liczbę podmiotów w tych działaniach uczestniczących. Podstawą inicjatyw z zakresu promocji zdrowia powinna być edukacja zdrowotna ukierunkowana na wzmacnianie zdolności działań jednostek na rzecz zdrowia oraz prozdrowotna polityka publiczna jako niezbędny warunek tworzenia sprzyjających zdrowiu środowisk³¹⁷.

Ponadto działania z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej są ze sobą ściśle sprzężone, bowiem prozdrowotne rozwiązania legislacyjne i polityka publiczną, muszą być wspierane przez działalność edukacyjną i oddziaływanie pedagogiczne skierowane do jednostek. Szczegółową charakterystykę współczesnych modeli edukacji zdrowotnej zawiera kolejny podrozdział.

3.4. Współczesne modele edukacji zdrowotnej

Zwłaszcza w literaturze zagranicznej znaleźć można różnorodne podejścia i modele edukacji zdrowotnej. A. Tannahill wyróżnia trzy modele edukacji zdrowotnej:

- *model zorientowany na chorobę*: sprzężony z biomedycznym podejściem do zdrowia i skoncentrowany na zapobieganiu konkretnej jednostce chorobowej;
- *model zorientowany na czynniki ryzyka*: również związany z biomedycznym ujęciem zdrowia, ale ukierunkowany na eliminację czynników ryzyka w celu zapobiegania różnym chorobom jednocześnie;

³¹⁷ J. Green, K. Tones, Health Promotion... op. cit., s. 45-48.

- *model zorientowany na zdrowie*: sprzężony z holistycznym ujęciem zdrowia i ukierunkowany na jego wzmacnianie; zakłada uczestnictwo ludzi w działaniach na rzecz zdrowia i wdrażanie strategii edukacyjnych dla różnych społeczności i grup docelowych; charakterystyczny dla współczesnej edukacji zdrowotnej³¹⁸.

Z Kolei L. Ewles i I. Simnett wyróżniają pięć podejść w edukacji zdrowotnej:

- *medyczne*: ukierunkowane na zapobieganie chorobom i niepełnosprawności poprzez eksponowanie medycznej interwencji w zapobieganiu chorobom;
- *behawioralne*: zorientowane na kształtowanie zachowań zmniejszających ryzyko chorób poprzez zachęcanie do zmiany postaw i zachowań na bardziej sprzyjające zdrowiu;
- *edukacyjne*: ukierunkowane na przekazywanie wiedzy, klaryfikację postaw i wartości, kształtowanie umiejętności sprzyjających zdrowiu;
- *zorientowane na jednostkę*: zorientowane na konkretne jednostki i pracę z nimi w celu identyfikacji własnych problemów, podejmowanie działań i upodmiotowienie jednostki;
- *środowiskowe*: związane z dokonywaniem prozdrowotnych zmian w środowisku fizycznym i społecznym poprzez zachęcanie do działań politycznych i społecznych w środowisku³¹⁹.

Wielość koncepcji edukacji zdrowotnej jest spowodowana ciągłym rozwojem dyscypliny. W praktyce- podczas tworzenia konkretnych strategii i programów- konieczne jest dokonanie wyboru podstawy teoretycznej stanowiącej fundament planowanych działań.

Z. Słońska stwierdza, iż podstawowym zadaniem nowoczesnej edukacji zdrowotnej jest wspomaganie tworzenia warunków dla zmiany, podejmowanie wysiłków na rzecz sprzyjających poszerzaniu kompetencji jednostek w sferze samodzielnego działania na rzecz zdrowia, na różnych poziomach organizacji życia społecznego³²⁰.

We współczesnej edukacji zdrowotnej wykorzystywane są zwłaszcza modele ukierunkowane na: *optymalizację zarządzania własnym zdrowiem, rozwijanie umiejętności życiowych oraz upodmiotowienie*. Te współczesne modele koncentrują się na holistycznym i społeczno-ekologicznym podejściu do zdrowia oraz biorą pod uwagę złożoność jego uwarunkowań.

Edukacja zdrowotna ukierunkowana na optymalizację zarządzania własnym zdrowiem wiąże się przede wszystkim z budowaniem wysokiego poziomu wiedzy zdrowotnej grup docelowych. Udostępnienie wiedzy o zdrowiu, chorobie oraz zachowaniach zdrowotnych powinno być jednym z fundamentalnych działań edukacji zdrowotnej. W literaturze

³¹⁸ A. Tannahill, Health education and health promotion: Planning for the 1990s „Health Education Journal”, 1990 nr 4, s. 194-198.

³¹⁹ L. Ewles, I. Simnett, Promoting health. A practical guide, wyd. Bailliere Tindall, Edinburh 2003, s. 45.

³²⁰ Z. Słońska, Edukacja zdrowotna...op. cit., s. 311.

zagranicznej i polskiej coraz częściej można spotkać się z pojęciem *alfabetyzacji zdrowotnej*, będącej zarówno celem jak i efektem działań edukacyjnych³²¹.

Alfabetyzacja zdrowotna oznacza „*umiejętności poznawcze i społeczne, które determinują motywację i zdolność jednostek do zdobywania informacji, zrozumienia jej i wykorzystania w sposób, który sprzyja doskonaleniu i utrzymywaniu dobrego zdrowia*”. W ramach owego podejścia efektem edukacji zdrowotnej ma być dokonywanie zmian w swoim stylu życia oraz wzrost świadomości społecznych, środowiskowych i ekonomicznych uwarunkowań zdrowia, jak i podejmowanie indywidualnych lub zespołowych wysiłków w celu modyfikacji tych uwarunkowań, w kierunku korzystnym dla zdrowia³²².

D. Nutbeam wyróżnia trzy poziomy alfabetyzacji zdrowotnej:

- *poziom pierwszy*, czyli *funkcjonalna alfabetyzacja zdrowotna* - zwiększenie wiedzy jednostek o zagrożeniach zdrowotnych i o korzystaniu ze świadczeń opieki zdrowotnej;
- *poziom drugi* czyli *interaktywna alfabetyzacja zdrowotna*, polega na zwiększeniu zdolności ludzi do działań poprzez zwiększanie motywacji i budowanie poczucia pewności w wyniku uzyskanych umiejętności osobistych oraz społecznych;
- *poziom trzeci*, czyli *krytyczna alfabetyzacja* - odnosi się do zwiększenia indywidualnej odporności na niekorzystne czynniki społeczne i ekonomiczne oraz zdolności do podejmowania skutecznych działań w celu ich modyfikowania³²³.

Edukacja zdrowotna ukierunkowana na rozwijanie umiejętności życiowych. We współczesnej praktyce edukacji zdrowotnej WHO oraz UNICEF proponują odejście od dotychczasowej prosomatycznej edukacji zdrowotnej, na rzecz rozwoju umiejętności dotyczących zdrowia psychospołecznego, tzw. *umiejętności życiowych* (ang. *life skills*). Według definicji WHO są to „umiejętności (zdolności) umożliwiające człowiekowi pozytywne zachowania przystosowawcze, które pozwalają efektywnie radzić sobie z zadaniami i wyzwaniami codziennego życia”³²⁴.

Umiejętności życiowe stanowią rodzaj kompetencji psychospołecznych, a zatem sprzyjają prawidłowemu rozwojowi psychospołecznemu. Istotnym warunkiem utrzymania zdrowia psychospołecznego jest możliwość zaspokojenia potrzeb człowieka, a także realizacja zadań życiowych charakterystycznych dla poszczególnych faz rozwojowych. Aby

³²¹ E. Kościńska E, *Edukacja zdrowotna seniorów i osób przewlekle chorych*, wyd. Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2010, s. 56.

³²² M. Nowicka, *Alfabetyzacja*, w: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, tom I, red. T. Pilch, wyd. Żak, Warszawa 2003, s. 89-90.

³²³ D. Nutbeam, *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*, „*Health Promotion International*”, 2000 nr 3, s. 259-267.

³²⁴ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych*, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce 2011, s. 12.

proces ten mógł przebiegać optymalnie, konieczne jest wykształcenie pewnych umiejętności niezbędnych w życiu codziennym, pozwalających zaspakajać potrzeby jednostkowe i realizować zadania rozwojowe. To właśnie umiejętności życiowe umożliwiają przede wszystkim pozytywne zachowania przystosowawcze, sprzyjają zwiększaniu poczucia kompetencji i rozwijaniu cech potrzebnych do unikania zachowań ryzykownych³²⁵.

Dla dobrego funkcjonowania w życiu, człowiek potrzebuje różnorodnych umiejętności w zależności od wieku, sytuacji życiowej, wykonywanej pracy. Istnieje wiele klasyfikacji umiejętności życiowych, pierwszy podział zaproponowany przez WHO wyróżnia dwie grupy umiejętności:

1. *Umiejętności podstawowe*- wykorzystywane w życiu codziennym, umożliwiające dobre samopoczucie, prawidłowe relacje z innymi, zachowania sprzyjające zdrowiu; do tej grupy zalicza się pięć kategorii umiejętności życiowych:
 - podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów;
 - twórcze i krytyczne myślenie;
 - utrzymywanie prawidłowych relacji z innymi i skuteczne porozumiewanie się;
 - samoświadomość i empatia;
 - radzenie sobie z emocjami oraz stresem.
2. *Umiejętności specyficzne*- dotyczą one radzenia sobie z zagrożeniami; posiadanie tych umiejętności pozwala z kolei zapobiegać przejawianiu zachowań ryzykownych dla zdrowia; do tej grupy zalicza się np. asertywne odmawianie; te umiejętności są rozwijane w ścisłym związku z umiejętnościami podstawowymi³²⁶.

Inny podział zaproponowany przez WHO dzieli umiejętności życiowe na trzy grupy:

1. *Umiejętności interpersonalne*: Komunikowanie się werbalne i niewerbalne, negocjacje, asertywność, budowanie empatii, współpraca w grupie;
2. *Podejmowanie decyzji i krytyczne myślenie*: Gromadzenie informacji, ocena różnych rozwiązań, analiza wpływu wartości i postaw na motywy działania;
3. *Kierowanie sobą*: Budowanie poczucia własnej wartości, samoświadomość, kierowanie emocjami, radzenie sobie ze stresem³²⁷.

Oczywiście kształtowanie umiejętności życiowych ma nie tylko zapobiegać zachowaniom ryzykownym, ale również służyć formowaniu osobowości, osiągnięciu dobrego samopoczucia i osobistych sukcesów życiowych. Umiejętności te pozwalają na poznanie

³²⁵ E. Przybyła, Edukacja zdrowotna. Przewodnik do studiów, wyd. AWF, Katowice 2008, s. 154-155.

³²⁶ M. Kowalski, A. Gawęł, Zdrowie- wartość- edukacja... op. cit., s. 142.

³²⁷ B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli... op. cit., s. 12.

własnych możliwości i ograniczeń, mają znaczenie dla osiągania wysokiej jakości życia, a przede wszystkim sprzyjają osiągnięciu optymalnego poziomu zdrowia i relacji społecznych, zatem powinno się je rozwijać i doskonalić we wszystkich okresach życia³²⁸.

W edukacji zdrowotnej podejście ukierunkowane na rozwijanie umiejętności życiowych polega nie tylko na samym uczeniu tych umiejętności, ale także na tworzeniu warunków do ich praktykowania. Kształtowanie umiejętności życiowych powinno opierać się na podejściu odrzucającym wyłącznie przekazywanie informacji, a raczej koncentrować się na równowadze między trzema elementami: wiedza- wartości- umiejętności. W promocji zdrowia traktuje się kształtowanie umiejętności życiowych jako część wszechstronnej strategii działań, które mogą przyczynić się do zmniejszania zagrożeń zdrowotnych oraz sprzyjać obieraniu zdrowego stylu życia. W toku edukacji zdrowotnej powinno się rozwijać umiejętności należące do poszczególnych grup w zależności od potrzeb rozwojowych uczestników³²⁹

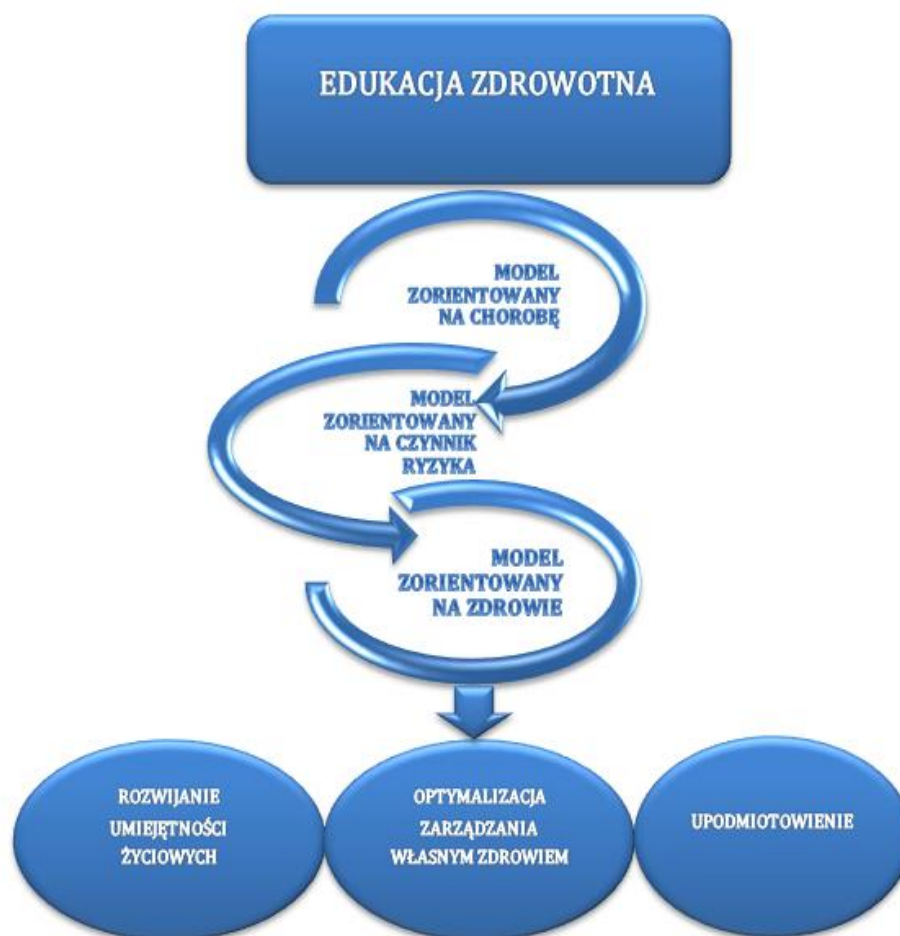
Edukacja zdrowotna ukierunkowana na upodmiotowienie jednostki (z ang. empowerment model) to współczesny model wynikający z koncepcji promocji zdrowia i koncentrujący się zarówno na jednostkach jak i społecznościach. Termin *upodmiotowienie* odnosi się do różnych aspektów kierowania przez ludzi swoim życiem oraz przyjmowania odpowiedzialności za osobiste decyzje w sprawach zdrowia. Rozróżnić można dwa rodzaje upodmiotowienia: *upodmiotowienie psychologiczne* odnoszące się do subiektywnego poczucia kontroli nad własnym zdrowiem doświadczanym przez człowieka w danym środowisku oraz *upodmiotowienie społeczności*, czyli specyficzny proces działań społecznych na rzecz zwiększenie wspólnej oraz indywidualnej kontroli nad jakością życia. Model ten wywodzi się z założeń strategii dla zdrowia w regionie europejskim WHO- „Zdrowie dla wszystkich” oraz z samej definicji promocji zdrowia. Z definicji tej wynika, iż dzięki działaniom z zakresu promocji zdrowia, ludzie uzyskują możliwość osobistego działania oraz moc niezbędną do kontrolowania własnego zdrowia i środowiska. Najistotniejszym elementem tych działań jest aktywność jednostek i społeczności oraz ich swoboda w dokonywaniu decyzji i wyborów. Zadaniem edukacji ukierunkowanej na upodmiotowienie jednostki, a pośrednio społeczności, jest wzmocnienie działań na rzecz zdrowia oraz wpływanie na osoby tworzące politykę publiczną, aby działania te były możliwe do wykonania³³⁰.

³²⁸ E. Przybyła, *Edukacja zdrowotna...* op. cit., s. 152.

³²⁹ K. Borzucka- Sitkiewicz, *Zdrowie psychiczne...* op. cit., s. 188.

³³⁰ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...* op. cit., s. 136.

Ryc. 7. Ilustracja modeli edukacji zdrowotnej (tradycyjnej i współczesnej)



*źródło: opracowanie własne na podstawie modeli wskazanych przez
A. Tannahill, Z. Słońską i B. Woynarowską*

Wszystkie powyższe modele edukacji zdrowotnej są komplementarne i wzajemnie się uzupełniają. Ponadto pełnią funkcję swoistych filarów teoretycznych stanowiących podstawę planowanych strategii i działań praktycznych. Nie można pominąć faktu, iż realizacja promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej (jako procesów całościowych) leży w gestii konkretnych środowisk i systemów. Potencjał edukacyjny w zakresie zdrowia dotyczący różnych środowisk omawia kolejny podrozdział.

3.5. Środowiska realizujące edukację zdrowotną i promocję zdrowia

Edukacja zdrowotna stanowi proces całościowy, a jej cele realizowane są zawsze przez konkretne osoby, instytucje lub środowiska, w określonym miejscu i czasie. Wśród środowisk wychowawczych, które mają największe znaczenie w procesie wychowania zdrowotnego, na pierwszym miejscu należy wymienić oczywiście *rodzinę*. Wpływ rodziny na zdrowie jej członków jest konsekwencją faktu, iż stanowi ona podstawową grupę społeczną. Dom rodzinny jest pierwszym i najważniejszym środowiskiem socjalizacji i wychowania, więc uczestniczy w formowaniu się potencjału zdrowotnego dzieci i młodzieży. Zasadnicze mechanizmy wpływu rodziny na zdrowie jej członków są związane z zaspokajaniem ich potrzeb, zarówno tych najbardziej podstawowych – fizjologicznych - jak i zlokalizowanych wyżej w hierarchii. Prawidłowo funkcjonująca rodzina jest bardzo wartościowym środowiskiem wychowawczym, gdyż może zapewnić optymalne warunki rozwoju i wychowania³³¹. Skuteczność jej oddziaływania wynika z silnych emocjonalnych powiązań między jej członkami. Na jakość edukacji zdrowotnej w rodzinie wpływają kompetencje pedagogiczne i zdrowotne rodziców. Często w wyniku braku przygotowania do roli rodzicielskiej oraz z powodu negatywnych wzorców przyswojonych z rodzin macierzystych, rodzice okazują się niekompetentnymi „nauczycielami zdrowia”. Zdaniem B. Woynarowskiej również *czynniki ekonomiczno- społeczne*, takie jak: wykształcenie rodziców, sytuacja materialna rodziny, zjawisko wykluczenia społecznego wpływają na stopień zaspokajania potrzeb zdrowotnych dziecka w rodzinie³³². Ochrona zdrowia w rodzinie jest również zależna od współdziałania z innymi mikrogrupami społecznymi oraz od sytuacji politycznej, prawnej i społecznej panującej w danym kraju. Liczne badania wskazują, iż prawidłowo funkcjonująca rodzina stanowi czynnik chroniący młodych ludzi przed wieloma zagrożeniami rozwojowymi. Wpływ rodziny na zdrowie jej członków może być rozpatrywany w dwóch kategoriach- *bezpośredniej i pośredniej*. W pierwszym wypadku chodzi o różnego rodzaju choroby i zespoły czynnościowe, w drugim z kolei mamy do czynienia z oddziaływaniem rodziny na świadomość zdrowotną jej członków, co w przypadku dzieci ma niezwykle istotne

³³¹ L. Bakier, Rodzicielstwo a rozwój dorosłych w wieku średnim, w: Rodzina a rozwój człowieka dorosłego, red. B. Harwas- Napierała, wyd. UAM, Poznań 2003, s. 47.

³³² B. Woynarowska, Edukacja...op.cit. s.220. (por. E. Syrek, Teoretyczne standardy zdrowia... op. cit., s. 140-144).

znaczenie dla formowania się ich stylu życia oraz nabywaniu kompetencji i umiejętności służących ochronie i umacnianiu zdrowia³³³.

Rodzina ma możliwość bardzo wczesnego oddziaływania zdrowotnego na dziecko, w zasadzie od chwili poczęcia. Eksperci wskazują, iż ukształtowane we wczesnym dzieciństwie prawidłowe postawy zdrowotne są znacznie trwalsze i pełniejsze, niż te ukształtowane w późniejszym okresie. Proces edukacji zdrowotnej w rodzinie to ciąg oddziaływań prowadzących się do rozbudzania i kształtowania aktywności dzieci, zapewnienia im warunków do przyswajania koniecznego zasobu wiadomości o zdrowiu, kształtowania umiejętności zachowania zdrowia oraz postaw wobec zdrowia własnego i innych. Zakres wiedzy i doświadczeń zdrowotnych dziecka w rodzinie jest bardzo szeroki: od higieny osobistej, poprzez higienę żywienia, aż do higieny psychicznej i racjonalnej organizacji czasu wolnego. Udział rodziny w kształtowaniu się wzorców zdrowotnych odbywa się na dwa sposoby. Po pierwsze dzięki bezpośrednim wpływom edukacyjnym rodziców. Natomiast drugi sposób polega na *uczeniu się zachowań przez naśladownictwo* osób dla dziecka znaczących. Rodzice mogą dawać przykłady zachowań umacniających bądź zagrażających zdrowiu³³⁴. Rodzice dzięki swojej pozycji oraz intensywności kontaktów z dzieckiem mają ogromny wpływ na kształtowanie się zachowań zdrowotnych dzieci. Stanowią oni pierwszy model zachowań zdrowotnych. Błędne wzorce przyswojone w młodości są bardzo trudno skorygować w życiu dorosłym. Najważniejsza jest więc świadomość rodziców, że ich własne zachowania stanowią dla dziecka znaczący wzór do naśladowania³³⁵.

Edukacja zdrowotna dokonująca się w rodzinie ma również związek z kształtowaniem się umiejętności życiowych i takich istotnych elementów zdrowia psychospołecznego, jak *postrzeganie własnego ciała, czy poczucie wartości*. Przez wszystkie lata dzieci internalizują sposób, w jaki są dotykane, otaczane opieką, czy są akceptowane przez członków rodziny. Przyswajają również to, jak się o nich mówi. Wszystkie te części składowe codziennego życia przyczyniają się do budowania samooceny, która może być zaniżona, adekwatna lub zawyżona. Poziom samooceny i wizerunek ciała zbudowane w dzieciństwie poprzez oddziaływanie rodziny, mogą być pogłębiane w toku rozwoju poprzez oddziaływanie innych środowisk (np. grupy rówieśniczej) oraz przekazów, np. płynących z mass mediów. A to

³³³ M. Kowalski, A. Gawęł, *Zdrowie- wartość- edukacja...* op.cit, s. 201-206. (por. B. Tobiasz- Adamczyk, *Wybrane elementy...* op. cit., s.s. 171- 172).

³³⁴ Cz. Lewicki, *Edukacja zdrowotna- systemowa analiza zagadnień*, wyd. Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów 2006, wyd. s. 145.

³³⁵ J. Bulska, *Budowanie kompetencji zdrowotnych ludzi w środowisku ich życia*, wyd. Akapit, Toruń 2008, s. 33.

z kolei może przekładać się na podejmowanie zachowań niebezpiecznych dla zdrowia podyktowanych np. chęcią podnoszenia poczucia wartości (jako przykład można podać stosowanie restrykcyjnej diety, by podnieść swoją samoocenę i zbliżyć się do medialnych ideałów)³³⁶. Ważne jest zatem, aby w rodzinie kształtować pozytywne postawy wobec własnego ciała i zdrowia oraz adekwatną samoocenę, bowiem elementy te mogą stanowić prozdrowotny grunt, dzięki któremu młody człowiek będzie mógł radzić sobie z wyzwaniami rozwojowymi.

Kolejnym miejscem edukacji zdrowotnej jest *szkoła*. Stanowi ona obok rodziny podstawową strukturę społeczną mającą za zadanie przygotować dzieci i młodzież do podjęcia ról i zadań czekających na nie w życiu dorosłym. Jako instytucja jest więc komponentem środowiska wychowawczego. Powinna ona uzupełniać działalność wychowawczo- zdrowotną środowiska wychowania naturalnego, czyli rodziny. Nadrzędnym celem działalności edukacyjnej szkoły jest wszechstronny rozwój ucznia obejmujący: intelektualny, psychiczny, społeczny, zdrowotny, estetyczny, moralny, duchowy wymiar jego osobowości. Aby ten cel mógł zostać osiągnięty konieczne jest tworzenie odpowiednich warunków materialnych i psychospołecznych szkoły. Dzieci spędzają w szkole znaczną część czasu, więc udział szkoły w realizacji edukacji zdrowotnej jest powinnością priorytetową. Edukacja zdrowotna w szkole jest fundamentalnym prawem każdego ucznia, potwierdza to preambuła podstawy programowej dla szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, w której zamieszczona istotna informacja: „*Ważnym zadaniem każdej szkoły jest także edukacja zdrowotna, realizowana przez nauczycieli wielu przedmiotów, której celem jest kształtowanie u uczniów umiejętności dbałości o zdrowie własne i innych ludzi*”³³⁷

Reforma podstawy programowej stanowi szansę na propagowanie idei promocji zdrowia w szkole. W roku 2008 MEN podjęło decyzję o włączeniu modułu „edukacja zdrowotna” do podstawy programowej wychowania fizycznego w gimnazjum i szkołach ponadgimnazjalnych. W podstawie programowej dla szkół podstawowych elementy edukacji zdrowotnej zostały uwzględnione w wielu przedmiotach. W II etapie edukacyjnym (klasy IV-VI) elementy edukacji zdrowotnej uwzględniono w: wychowaniu fizycznym, przyrodzie, wychowaniu do życia w rodzinie, a nawet w takich przedmiotach jak: język nowożytny, język

³³⁶ por. K. Leksy, Rola rodziny w kształtowaniu prozdrowotnych postaw wobec własnego ciała i zdrowia dziewcząt, w: *Kobieta-zdrowie-ciało. Perspektywa biopsychospołeczna*, red. A. Dworak, K. Leksy, wyd. UŚ, Katowice 2014, s. 134.135.

³³⁷ Podstawa programowa wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół, obowiązująca od roku szkolnego 2009/10, s. 25.

polski, etyka, zajęcia praktyczno- techniczne, komputerowe oraz muzyka. Kluczową rolę odgrywa oczywiście wychowanie fizyczne, jako przedmiot wiodący w realizacji edukacji zdrowotnej. Uwzględnienie treści związanych ze zdrowiem w tak wielu przedmiotach rzeczywiście stwarza możliwość pełnej realizacji edukacji zdrowotnej. W III i IV etapie edukacyjnym wymagania dotyczące szerokokopiętej edukacji zdrowotnej zostały ujęte takich przedmiotach jak: wychowanie fizyczne, biologia, przyroda, wychowanie do życia w rodzinie, wiedza o społeczeństwie, edukacja dla bezpieczeństwa, etyka, język nowożytny, podstawy przedsiębiorczości. Najważniejszym rozwiązaniem było jednak wprowadzenie modułu „edukacja zdrowotna” w podstawie programowej wychowania fizycznego, co podkreśla rolę wychowania fizycznego jako dominującego w realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej. Moduł „edukacja zdrowotna” był realizowany w ramach zajęć fakultatywnych wychowania fizycznego, obowiązkowych dla wszystkich uczniów. To rozwiązanie stanowi więc wielki sukces w historii edukacji zdrowotnej i ma znaczenie historyczne. Odpowiednia realizacja tego przedsięwzięcia może przynieść ogromne korzyści³³⁸.

Z kolei w roku 2017 nastąpiła reforma szkolnictwa- w związku z likwidacją instytucji gimnazjum i powrotem do modelu VIII klas szkoły podstawowej, pojawiła się nowa podstawa programowa, w której podtrzymano status edukacji zdrowotnej jako istotnego zadania realizowanego przez środowisko szkolne. Ponadto nadal uwzględniono blok tematyczny „*edukacja zdrowotna*” w podstawie programowej wychowania fizycznego, jako wiodącego przedmiotu realizującego te zagadnienia. Ciekawym rozwiązaniem jest jednak wprowadzenie bloku tematycznego „*kompetencje społeczne*” do podstawy programowej wychowania fizycznego. Treści z obu bloków mogą zatem być komplementarne, wzajemnie się uzupełniać dając tym samym szansę na realizację nie tylko tematów związanych z przestarzałą prosomatyczną edukacją zdrowotną, ale również ze współczesnym podejściem ukierunkowanym na kształtowanie umiejętności życiowych³³⁹.

Można wymienić pewne cechy charakterystyczne dla współczesnej szkolnej edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży:

- holistyczne pojmowanie zdrowia (uwzględnienie wszystkich jego wymiarów- fizycznego, psychicznego, społecznego),
- uwzględnianie szeregu czynników determinujących zdrowie,
- wykorzystywanie formalnych i nieformalnych programów oraz sytuacji pedagogicznych,

³³⁸ Podstawa programowa wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół, obowiązująca od roku szkolnego 2009/10, s. 25, 32-33, 62-65, 74-75, 273-275.

³³⁹ <https://www.ore.edu.pl/wp-content/uploads/2017/05/wychowanie-fizyczne.-pp-z-komentarzem.-szkola-podstawowa-1.pdf> [dostęp z 01.08.2018 r.]

- korzystanie z różnych możliwości i służb w szkole i poza nią,
- dążenie do spójności informacji pochodzących z różnych źródeł,
- tworzenie wzorców ze strony osób dorosłych – rodziców, pracowników szkoły i innych osób znaczących dla dzieci i młodzieży,
- tworzenie warunków do praktykowania w domu, przedszkolu i szkole zachowań prozdrowotnych,
- aktywne uczestnictwo uczniów w planowaniu i realizacji edukacji zdrowotnej³⁴⁰.

We współczesnej edukacji zdrowotnej nastąpiło także swoiste przejście z nadmiernej koncentracji na procesie *nauczania* w kierunku *uczenia się*, pojmowanego jako proces nabywania przez uczniów określonych wiadomości, umiejętności i nawyków, wpływających na jego zachowanie, a końcowe wyniki uczenia się zależą w znacznej mierze od motywacji i aktywności uczącego się. Co istotne ewolucji uległo także tradycyjne pojmowanie roli nauczyciela i ucznia, otóż nauczyciel we współczesnej edukacji zdrowotnej pełni rolę przewodnika uczniów, nie wchodzi natomiast w rolę „eksperta”, ogranicza ocenianie, narzucanie własnego zdania, co więcej ma nawet prawo do niewiedzy. Organizuje proces uczenie się – stawia zadania, pytania, motywuje do pracy, kontroluje czas jej trwania. Posiada i doskonali umiejętność komunikowania się z uczniami, tworzenia atmosfery bezpieczeństwa i zaufania, a także zachowuje równowagę między ustalonym programem, a potrzebami uczniów. Ponadto nie traktuje uczniów jako *tabula rasa*, lecz w procesie uczenia się bazuje na ich wiedzy i doświadczeniu. Poza tym dla niego samego zdrowie stanowi istotną wartość i stara się swym przykładem stale to poświadczać. Nauczyciel jest więc nie tylko edukatorem, ale i osobą tworzącą wzorce zachowań zdrowotnych dla uczniów oraz ich rodziców. Przekazuje wzory osobowe potwierdzając swoim postępowaniem, jakie zachowania są korzystne, a jakie niekorzystne ze zdrowotnego punktu widzenia³⁴¹.

W nowym podejściu do realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej istotne jest wykorzystywanie modelu edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na kształtowanie umiejętności życiowych (model ten został omówiony w podrozdziale 3.2.) Ponadto szkoły powinny dążyć do podnoszenia jakości prowadzonej edukacji zdrowotnej z uwzględnieniem wpływów środków masowego przekazu, jako nowych środowisk socjalizujących dzieci i młodzież. Współczesna szkoła powinna bowiem stanowić organizację stale dostosowującą się do zmieniających się potrzeb swych uczniów, aby nie pogłębiać rozdzwiewu pomiędzy teoretyzowaniem rzeczywistości, a samą rzeczywistością.

³⁴⁰ Ibidem,., s. 10-13

³⁴¹ B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli... op. cit., s. 10-13.

W ostatnich latach podkreśla się znaczenie *społeczności lokalnych* w procesie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Już w *Karcie Ottawskiej* znaleźć można zapis określający lokalną społeczność, jako podstawowe źródło informacji o zdrowiu, warunkach życia i samopoczuciu członków określonego systemu społecznego. W tym aspekcie ujawnia się także podstawowy związek między edukacją zdrowotną i promocją zdrowia a pedagogiką społeczną, bowiem pojęcie lokalnej społeczności stanowi podstawową kategorię pedagogiki społecznej. Społeczność lokalna jest to zbiorowość zamieszkująca pewne wspólne terytorium, czyli zajmująca lokalne środowisko, jako określoną przestrzeń własnej egzystencji³⁴². Społeczność ta odgrywa znaczącą rolę w procesie socjalizacji, skupia w sobie także ważne dla danego systemu organizacje i instytucje będące elementem realizowanej polityki społecznej. W najnowszej praktyce promocji zdrowia podkreśla się, iż stanowi ona sztukę interwencji w systemy społeczne i dąży do zachęcania ich, by dokonywały prozdrowotnych zmian. Wykorzystuje także zagadnienia z zakresu pedagogik społecznej dotyczące właśnie konkretnych właściwości poszczególnych społeczności, w celu planowania strategii związanych z organizowaniem, poszukiwaniem zasobów i sił społecznych oraz aktywizowaniem społeczności w celu identyfikowania i rozwiązywania problemów zdrowotnych³⁴³.

Analizując jeden z obszarów działań promocji zdrowia wymienionych w *Karcie Ottawskiej*, a dotyczący tworzenia środowisk sprzyjających zdrowiu, dostrzec można kilka wymiarów, w których środowisko powinno stwarzać korzystne dla zdrowia warunki: fizyczny, polityczny, społeczny oraz szeroko pojęty wymiar zasobów. Do wymiarów tych w 1991 roku na III Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w Szwecji dodano także wymiar edukacyjny, bowiem za edukację zdrowotną odpowiedzialność ponosić powinny wszystkie sektory państwowe. Wskazano na pewne aspekty promocji zdrowia odnoszące się do samorządów terytorialnych oraz społeczności lokalnych:

- wzmacnianie wsparcia przez działanie społeczności lokalnych;
- umożliwienie społeczności przejęcie kontroli nad własnym zdrowiem;
- tworzenie sojuszy na rzecz zdrowia i środowisk wspierających w celu umocnienie współpracy między organizowanymi strategiami;

³⁴² A. Radziejewicz- Winnicki, Modernizacja środowisk lokalnych w świetle zmiany społecznej, w: *Pedagogika społeczna* tom 2, red. E. Marynowicz- Hetka, wyd. PWN, Warszawa 2007, s. 416.

³⁴³ K. Borzucka- Sitkiewicz, Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna... op. cit., s. 78. por. E. Syrek, *Zdrowie...* op. cit., s. 69-70.

- prowadzenie mediacji w sprawach sprzecznych interesów społecznych w celu zapewnienia równego dostępu do zdrowia w danej społeczności³⁴⁴.

Aby edukacja zdrowotna w społeczności lokalnej była możliwa, świadomość społeczna musi ulegać przeobrażeniom w kierunku adekwatnym do potrzeb, muszą także zostać wyzwolone siły tkwiące w danej zbiorowości. Proces ten może dokonać się poprzez tworzenie *koalicji* polegających na łączeniu zainicjowanych działań z organizacjami, instytucjami i agendami już funkcjonującymi w danym środowisku. Koalicje takie mogą być tworzone przez liderów, czyli profesjonalistów. Wszelkie działania związane z lokalną promocją zdrowia powinny łączyć współpracę lokalnych władz ze społecznością lokalną, uwzględniając jej potrzeby, poziomy funkcjonowania, style życia oraz wszystkie wymiary środowiska³⁴⁵.

Biorąc pod uwagę kierunek rozwoju społeczeństw zachodnich, nie można pominąć roli mass mediów w edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Wiele informacji wpływających na zachowania zdrowotne ludzi jest transmitowanych poprzez reklamy, bilbordy, akcje promocyjne, czyli *środki masowego przekazu*. Ich rola nieustannie rośnie, gdyż umożliwiają uzyskiwanie obszernych informacji o poglądach i zachowaniach innych ludzi. Są nośnikiem przekazów marketingowych oraz pewnych idei, które mogą promować lub niszczyć zdrowie³⁴⁶. Zjawiska obecne w przekazach medialnych mogące stanowić zagrożenie dla zdrowia omówiono w rozdziale 2 niniejszej rozprawy, natomiast warto skupić się również na pozytywnej stronie mass mediów, czyli na ich *potencjale edukacyjnym*. Na potencjał ten wskazuje Z. Melosik, pisząc o umiejętnym korzystaniu z mediów traktuje je, jako nowe narzędzie edukacyjne i istotną płaszczyznę działania pedagogicznego mogącą uczyć i wzbogacać tożsamość³⁴⁷.

Środki masowego przekazu mogą pełnić funkcję wspomagającą programy promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w różnych siedliskach. B. Woynarowska wskazuje na pewne zasady skutecznego wykorzystywania mass mediów w edukacji zdrowotnej, wymienia między innymi wbudowanie przekazów o charakterze edukacyjnym w ogólną strategię edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Ponadto główny cel tego oddziaływania powinno stanowić rozbudzanie świadomości społecznej w zakresie przedmiotu danego programu dzięki upowszechnianiu informacji oraz motywowaniu do działania. Aby cel ten mógł zostać

³⁴⁴ Ibidem, s. 76-77

³⁴⁵ K. Kowalczevska-Grabowska, Promocja zdrowia w środowisku lokalnym... op. cit., s. 89-93.

³⁴⁶ por. Cz. Lewicki, Edukacja zdrowotna... op. cit., s. 218-219.

³⁴⁷ Z. Melosik, Mass media, tożsamość i rekonstrukcje kultury współczesnej, w: Media - Edukacja - Kultura, red. W. Skrzydlewski, S. Dylak, wyd. Polskie Towarzystwo Technologii i Mediów Edukacyjnych, Poznań 2012, s. 46-48.

zrealizowany konieczne jest zidentyfikowanie adresatów danego programu i przeanalizowanie ich potrzeb, przekonań, wartości oraz barier. Do zapewnienia skuteczności edukacyjnych przekazów medialnych niezbędne jest spełnienie następujących warunków:

- przekazy te muszą być postrzegane przez adresatów jako przydatne;
- muszą posiadać cechy innowacji;
- powinny być prezentowane w kontekście emocjonalnym;
- sposób ich przedstawienia powinien być prosty, jednoznaczny, wielokrotnie powtarzany przez dłuższy okres czasu;
- powinny pochodzić z rzetelnych źródeł;
- powinny być przekazywane przez osoby budzące wysokie zaufanie społeczne;
- muszą mieć charakter pozytywny, czyli wskazywać na korzyści;
- przekazy te nie powinny wzbudzać lęku, gdyż to generuje w odbiorcach mechanizmy obronne³⁴⁸.

Ponadto skutecznym narzędziem w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej są *kampanie społeczne* promowane za pośrednictwem środków masowego przekazu i realizowane dzięki zasadom *marketingu społecznego* rozumianego, jako swoista strategia zmian zachowań i postaw społecznych w kierunku pożądanym, z wykorzystaniem metod charakterystycznych dla marketingu komercyjnego. Marketing społeczny w promocji zdrowia może służyć poprawie dobrostanu jednostek poprzez motywowanie do obierania prozdrowotnego stylu życia i wskazywanie na korzyści z tego płynące. Drugi kierunek działań to poprawa kondycji społeczeństwa, a co za tym idzie zmniejszanie kosztów leczenia chorób poprzez dążenie do zmniejszenia podejmowania zachowań antyzdrowotnych. Ponadto kampanie społeczne mogą służyć informowaniu, uświadamianiu, motywowaniu do zmian lub do podjęcia konkretnych działań (np. badań profilaktycznych)³⁴⁹.

W praktyce pedagogicznej nie można pomijać trendów obecnych w kulturze masowej, wyznaczają one bowiem kontekst życia dzisiejszych ludzi. Również edukacja zdrowotna i promocja zdrowia jako dziedziny praktyczne wymagają ciągłego poszerzania ich pola eksploracji, by wykazywać się jak największą adekwatnością teorii, metod oraz działań. Można zatem stwierdzić, iż kultura masowa stanowi swoiste wyzwanie dla edukacji zdrowotnej, której priorytetowym celem jest kształtowanie u ludzi umiejętności dokonywania świadomych, odpowiedzialnych i sprzyjających zdrowiu wyborów. Jednak współcześni pedagodzy i profesjonaliści z dziedziny edukacji zdrowotnej, powinni być gotowi z tym

³⁴⁸ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...* op. cit., s. 207-208.

³⁴⁹ Ibidem, s. 211-212,

wyzwaniem się zmierzyć, by w jak największym stopniu ułatwiać ludziom podejmowanie prozdrowotnych wyborów, a co za tym idzie, umacniać tkwiący w nich potencjał zdrowotny. Aby cel ten osiągnąć konieczne jest prowadzenie badań w różnych populacjach, by móc zidentyfikować potrzeby i problemy zdrowotne owych populacji. Istotne jest między innymi dokonywanie diagnozy podejmowanych przez ludzi zachowań zdrowotnych. W ramach niniejszej rozprawy takie badania zostały przeprowadzone (w odniesieniu do populacji osób dorosłych zamieszkujących woj. śląskie). Badania te mogą być wykorzystywane do identyfikowania potrzeb w zakresie edukacji zdrowotnej danej grupy oraz uświadamiania jakie elementy stylu życia wymagają niezwłocznej korekty.

Ciekawym, a zarazem przydatnym przedsięwzięciem badawczym, z punktu widzenia nauk pedagogicznych, społecznych, a nawet medycznych, wydaje się również określenie związków między percepcją przekazów medialnych stanowiących, jak już wykazano we wcześniejszej części, kontekst życia współczesnych ludzi, a ich zachowaniami zdrowotnymi. Realizacja tej części badań ma służyć wzbogaceniu refleksji teoretycznej, jak i planowaniu oraz wdrażaniu strategii edukacyjnych (w różnych środowiskach) uwzględniających właśnie oddziaływanie kultury masowej. Szczegółowy opis przyjętej procedury badawczej zawiera kolejny rozdział.

Część II

Założenia metodologiczne

Rozdział 4. Metodologiczne podstawy przeprowadzonych badań

4.1. Strategia oraz typ przeprowadzonych badań własnych

Zdaniem K. Rubachy podstawą badań naukowych jest wyjaśnianie, które opiera się na konkretnych metodach zbierania i analizy danych wyprowadzonych z teorii. Istnieją różne sposoby wyjaśniania naukowego, jednym z nich jest *wyjaśnianie idiograficzne* zmierzające do wypracowania szczegółowych twierdzeń w zakresie badanego terenu i osób, bez możliwości wykraczania w owych wyjaśnieniach poza zebrane dane. Ujawnia ono zatem wyłącznie porządek jednostkowy. Odmiennym sposobem wyjaśniania, jest z kolei

wyjaśnianie *nomotetyczne* ujawniające porządek statystyczny odnoszący się do badanej populacji³⁵⁰.

Te charakterystyczne dla nauk społecznych sposoby wyjaśniania implikują wybór konkretnej strategii badawczej. Badania oparte na wyjaśnieniach *nomotetycznych* to badania ilościowe, zaś te oparte na wyjaśnieniach *idiograficznych* wiążą się ze strategią jakościową. Podejście ilościowe zajmuje się głównie mierzalną częstotliwością, opierając się na ilościowym opisie i analizie faktów, zjawisk, procesów. Koncentruje się na analizie statystycznej, daje tym samym możliwość opisu masowego³⁵¹.

Strategia jakościowa zaś nacisk kładzie na indukcyjny i holistyczny opis kontekstu, w jakim tkwi jednostka lub zjawisko, jednak badacz nie narzuca z góry przyjętych przypuszczeń, a badania są nastawione raczej na procesy i ciągi zdarzeń, a nie na rezultaty. W strategii tej, odmiennie niż w badaniach ilościowych, stosuje się niematematyczne procedury analityczne mające charakter *eseistyczny*, by wydobyć głębokie, a często nawet ukryte elementy badanych zjawisk³⁵². Porównanie obu strategii opartych na odmiennych rodzajach wyjaśniania naukowego zawiera poniższa tabela.

Tabela 2. Strategia ilościowa vs. strategia jakościowa

Strategia ilościowa (oparta na wyjaśnianiu <i>nomotetycznym</i>):	Strategia jakościowa (oparta na wyjaśnianiu <i>idiograficznym</i>):
Dostarcza danych w postaci liczb a zebrane dane podlegają analizie statystycznej;	Dostarcza danych w postaci tekstu i nie podlega analizie statystycznej;
Pozwala dokonywać uogólnień odnoszących się do populacji;	Pozwala na formułowanie ogólnych prawidłowości odnoszących się wyłącznie do indywidualnych doświadczeń osób badanych;
Pozwala zarówno na formułowanie, jak i weryfikowanie założeń teoretycznych;	Pozwala na formułowanie teorii jednostkowych (ugruntowanych) lub typologizację obiektów w ramach danej klasy;
Punktem wyjścia badań w ramach tej strategii jest teoria;	Punktem wyjścia badań w ramach tej strategii jest teoretyczna intuicja badacza;

źródło: opracowanie własne na podstawie K. Rubacha, Metodologia badań nad edukacją... op. cit., s. 18-21.

³⁵⁰ K. Rubacha, Metodologia badań nad edukacją, Oficyna Wydawnicza „Łośgraf”, Warszawa 2012, s. 19-20.

³⁵¹ E. Zaręba, Badania empiryczne ilościowe i jakościowe w pedagogice, w: Orientacje w metodologii badań pedagogicznych, red. S. Palka, wyd. UJ, Kraków 1998, s. 43-45.

³⁵² Ibidem, s. 45-46.

Zatem nie ulega wątpliwości, iż obie strategie badawcze dostarczyć mogą odmiennych danych i zupełnie innych rodzajów wiedzy naukowej. Każdy z owych paradygmatów służy innemu celom i pokazuje inny obraz procesów społecznych. W przeprowadzonych badaniach własnych przyjęto *strategię ilościową*, bowiem badacz chciał uzyskać dane masowe odnoszące się do całej populacji oraz zweryfikować przyjęte założenia teoretyczne, co umożliwia wyłącznie paradygmat ilościowy.

W metodologii badań społecznych funkcjonują rozmaite *typologie badań*. Najczęściej dokonuje się charakterystyki badań biorąc pod uwagę przyświecające im cele. S. Juszczak wymienia następujące typy badań społecznych: badania teoretyczne; badania praktyczne; studia eksploracyjne; badania weryfikacyjne oraz diagnostyczne³⁵³. Zgodnie z przyjętą typologią badań pedagogicznych można stwierdzić, iż badania własne miały charakter *diagnostyczno-weryfikacyjny*.

J. Gnitecki definiuje *badania diagnostyczne* jako „ (...) czynności polegające na ustaleniu danego stanu rzeczy lub zmian stanów rzeczy, dokonujących się w pewnym przedziale czasowym”³⁵⁴. Według J. Sztumskiego badania diagnostyczne oprócz diagnozy pewnego stanu faktycznego pełnią także funkcję terapeutyczną oraz prognostyczną³⁵⁵. Diagnoza definiowana przez E. Syrek, jako „rozpoznawanie w poszczególnych przypadkach przyczyn badanego stanu, ocenę jego objawów i możliwości przemian”³⁵⁶ stanowi kluczową metodę pedagogiki społecznej. Do czynności wchodzących w skład diagnozy należy zebranie wymagających interpretacji danych, służących określeniu pewnego stanu rzeczy. Diagnoza jest zatem rozpoznaniem, rozumianym jako końcowy stan procesu diagnostycznego³⁵⁷.

Natomiast *badania weryfikacyjne* sprawdzają przewidywania teorii z myślą o jej potwierdzeniu lub zanegowaniu. Próbuje uchwycić zależności zachodzące między zmiennymi, czyli między czynnikami oddziaływać (przyczynami) i skutkami, które są ich następstwem³⁵⁸. Badanie te pozwalają skontrolować prawidłowość twierdzeń o związkach między pewnymi, zdefiniowanymi klasami zjawisk³⁵⁹.

³⁵³ S. Juszczak, *Badania jakościowe w naukach społecznych. Szkice metodologiczne*, wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2013, s. 40.

³⁵⁴ M. Łobocki, *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2007, s. 165.

³⁵⁵ T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa 1995, wyd. „Żak”, s.35-37.

³⁵⁶ E. Syrek, *Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży w regionie górnośląskim*, wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1987, s.44.

³⁵⁷ D.Skulicz, *Diagnozowanie pedagogiczne*, w: *Orientacje w metodologii badań pedagogicznych*, red. S. Palka, wyd. WSP Kraków 1998, s. 57.

³⁵⁸ H. Muszyński, *Wstęp do metodologii pedagogiki*, wyd. PWN, Warszawa 1970, s. 2.

³⁵⁹ S. Juszyk, *Badania jakościowe w naukach społecznych ... op. cit.* s. 41.

Zatem przyjęta procedura badawcza umożliwiła z jednej strony dokonanie diagnozy, czyli stwierdzenie pewnego stanu faktycznego, a jednocześnie także zweryfikowanie wynikających z założeń teoretycznych przewidywań oraz wykrycie ewentualnych korelacji.

4.2. Przedmiot oraz cel przeprowadzonych badań

W trakcie całego procesu badawczego można wyróżnić trzy ogólne fazy: *fazę koncepcyjną, fazę przeprowadzania badań oraz fazę analizy, interpretacji wyników i formułowania wniosków*. Jednak każdy proces badawczy, zgodny z zasadami metodologicznymi, powinien zacząć się od podstawowego kroku jakim jest sprecyzowanie przedmiotu i celu badań³⁶⁰.

T. Pilch stwierdza, iż wybór przedmiotu badań stanowi pewne zadanie, które staje przed badaczem w momencie uświadomienia sobie konieczności przeprowadzenia badań empirycznych³⁶¹. Według J. Brzezińskiego, *przedmiotem badań* „są obiekty i zjawiska, o których chcemy formułować sądy w procesie badania”³⁶². Zaś zdaniem J. Sztumskiego przedmiot badań społecznych stanowią części składowe rzeczywistości społecznej, czyli zbiorowości i zbiory społeczne, instytucje społeczne, procesy i zjawiska społeczne³⁶³. Ciekawie na temat przedmiotu badań wyraża się S. Nowak uznając, iż spełnia on właściwą funkcję poznawczą. Zdaniem autora przedmiot badań pedagogicznych stanowią „obiekty czy zjawiska, w których odpowiedź na postawione pytania chcemy formułować jako twierdzenia”³⁶⁴.

Przedmiotem przeprowadzonych badań własnych uczyniono *zachowania zdrowotne i mieszkańców województwa śląskiego, a także ich sposób postrzegania własnego ciała oraz percepcję zjawisk charakterystycznych dla kultury masowej obecnych w przekazach medialnych*.

Na potrzeby badań zastosowano podział zachowań zdrowotnych na: zachowania związane z odżywianiem, dbałością o ciało i aktywnością fizyczną, zachowania seksualne, zachowania prewencyjne, związane z korzystaniem z używek, związane ze zdrowiem psychospołecznym. Przenalizowano także (jako dodatkową zmienną) sposób postrzegania

³⁶⁰ por. K. Rubacha, *Metodologia badań nad edukacją*, Oficyna Wydawnicza Łośgraf, Warszawa 2012, s.33-37.

³⁶¹ T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych*, wyd. PWN, Warszawa 1977, s. 63

³⁶² J. Brzeziński, *Metodologia badań psychologicznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997, s. 216.

³⁶³ J.Sztumski, *Wstęp do metodologii i technik badań społecznych*, Katowice 1995,s.7

³⁶⁴ S. Nowak, *Metodologia badań społecznych*, wyd. PWN, Warszawa 1985, s.67.

własnego ciała³⁶⁵. W kategorii percepcji zjawisk charakterystycznych dla kultury masowej przeanalizowano postrzeganie tych zjawisk, które mogą kształtować zachowania zdrowotne ludzi oraz ich postrzeganie własnego ciała, chodzi tutaj zarówno o zależności o charakterze pozytywnym jak i negatywnym (jak wynika z literatury przedmiotu)³⁶⁶.

Kolejny etap procedury badawczej w fazie koncepcyjnej stanowi ustalenie celu, którego realizacji ma służyć prowadzone badanie. Według T. Pilcha *celem badań naukowych* jest lepsze poznanie interesującego nas zagadnienia. Główny cel poznania naukowego stanowi zdobycie wiedzy o charakterze ścisłym, pewnym, ogólnym i prostym, zaś cel badań pedagogicznych to przede wszystkim poznanie, które umożliwia skuteczne działanie. Inne rozumienie celu badań przedstawia W. Zaczyński pisząc, iż stanowi on swego rodzaju efekt badań, czyli określenie tego, co badacz zamierza osiągnąć³⁶⁷. Można więc przyjąć za W. Dutkiewiczem, iż celem badań „jest dążenie do wzbogacenia wiedzy o osobach, rzeczach lub zjawiskach będących przedmiotem badań”³⁶⁸. Ze względu na specyfikę badań społecznych, w założeniach metodologicznych takich badań, najczęściej podkreśla się cele poznawcze oraz praktyczne, jakim one służą³⁶⁹.

Przeprowadzonym badaniom własnym przyświecały następujące *cele poznawcze*:

- Charakterystyka zachowań zdrowotnych mieszkańców województwa śląskiego oraz ich postrzegania własnego ciała;
- Poznanie sposobu percepcji przez badanych, zjawisk charakterystycznych dla kultury masowej a obecnych w przekazach medialnych.
- Sprawdzenie związku między percepcją zjawisk charakterystycznych dla kultury masowej a zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców woj. śląskiego i ich postrzeganiem własnego ciała.

Natomiast *celem praktycznym* badań był opis i interpretacja stanu faktycznego w zakresie zachowań zdrowotnych mieszkańców województwa śląskiego oraz ich postrzegania własnego ciała, a także percepcji zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej, pod kątem pozytywnych i negatywnych skutków zdrowotnych oraz wyodrębnienie

³⁶⁵ B. Tobiasz- Adamczyk, Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby, wyd. UJ, Kraków 2000, s. 82-85.
(por. B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki, wyd. PWN, Warszawa 2010, s. 52.53.

³⁶⁶ Por. Z. Melosik, Tyrania szczupłego ciała, w: Ciało i zdrowie... op.cit., s. 139-158. A. Gromkowska, Anoreksja nervosa: paradoksy współczesnej kobiecości, w: : Ciało i zdrowie... op. cit., s. 174-190.

³⁶⁷ W. Zaczyński, Praca Badawcza nauczyciela, wyd. WSiP, Warszawa 1995, s. 52.

³⁶⁸ W. Dutkiewicz, Podstawy metodologii badań do pracy magisterskiej i licencjackiej z pedagogiki, wyd. Stachurski, Kielce 2001, s. 50.

³⁶⁹ D. Skulicz, Badania opisowe badania diagnostyczne, w: Podstawy metodologii badań w pedagogice, red. S. Palka, Wyd. GWP, Gdańsk 2010, s. 224.

istotnych wniosków dla praktyki, w zakresie planowania skutecznych strategii edukacyjnych, a związanych z krytyczną analizą dyskursów zdrowia obecnych w kulturze masowej.

4.3. Przyjęte problemy i hipotezy badawcze

Zasadniczym krokiem w koncepcyjnej fazie badań jest także rzetelne ustalenie problemów badawczych. Ważność tego etapu wynika z kilku przesłanek: otóż pozwala precyzyjnie wyznaczyć zakres zjawisk koniecznych do zbadania oraz teren badawczych poszukiwań. Ponadto stanowi zapoczątkowanie pewnego procesu myślowego mającego doprowadzić do wartościowych naukowo efektów³⁷⁰. J. Pieter stwierdza dobitnie, iż *problem badawczy* stanowi swoistą – poznawczą – przeszkodę lub trudność, którą w toku badań należy pokonać³⁷¹. Z kolei M. Łobocki pisze, iż problem badawczy na ogół przyjmuje formę pytania, które zarazem określa cel zamierzonych badań i jednocześnie ujawnia braki w dotychczasowej wiedzy na interesujący nas temat. Zatem problem badawczy jest niejako uszczegółowieniem celu badań, gdyż umożliwia dokładniejsze poznanie ustalonego przedmiotu badań³⁷². Można przyjąć za S. Nowakiem, iż problemy badawcze to pytania, na które poszukujemy odpowiedzi prowadząc badania naukowe³⁷³. K. Konarzewski z kolei uznaje, iż zwrot „problem badawczy” jest zbędny i proponuje stosowanie terminu pytanie badawcze³⁷⁴. Zatem w niniejszej rozprawie oba terminy będą używane zamiennie, jako synonimy.

Problemy badawcze obejmują pytania ogólne oraz szczegółowe, które to wyczerpują zakres pytań ogólnych. Aby zabieg ustalania problematyki badawczej był prawidłowy z metodologicznego punktu widzenia, musi spełniać pewne ściśle określone kryteria. Po pierwsze, problem badawczy powinien zawierać w sobie wszystkie zasadnicze zależności pomiędzy zmiennymi. Powinien też być sformułowany jasno, jednoznacznie, w formie pytania, nie stwierdzenia, a przede wszystkim musi dotyczyć zmiennych, które da się zbadać, czyli zmierzyć. Ponadto w poczet kryteriów poprawności problemów badawczych zaliczyć można takie elementy jak precyzyjność w ich formułowaniu, miejsce ustalonych problemów

³⁷⁰ H. Muszyński, Wstęp..., op. cit., s. 174

³⁷¹ J. Pieter, Nauka i wiedza, wyd. Nasza Księgarnia, Warszawa 1967, s. 91

³⁷² M. Łobocki, Metody..., op. cit., s. 21.

³⁷³ S. Nowak, Metodologia badań socjologicznych, wyd. PWN, Warszawa 1970, s. 214.

³⁷⁴ K. Konarzewski, Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia praktyczna, wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2000, s.13.

badawczych na tle dotychczasowych osiągnięć naukowych, a także ich empiryczną sprawdzalność i co ważne przydatność praktyczno-użytkową³⁷⁵. Ze względu na specyfikę badań, w niniejszym projekcie badawczym w ramach strategii ilościowej, zastosowano podział problematyki badawczej na pytania diagnostyczne i weryfikacyjne, składające się zarówno z pytań ogólnych, jak i szczegółowych.

Problemy badawcze typu diagnostycznego:

Problem badawczy ogólny:

1. Jakimi zachowaniami zdrowotnymi i sposobem postrzegania własnego ciała charakteryzują się mieszkańcy województwa śląskiego?

Problemy badawcze szczegółowe:

1.1. Jak mieszkańcy województwa śląskiego oceniają swoją budowę ciała?

1.2. Jakimi zachowaniami zdrowotnymi w zakresie odżywiania charakteryzują się mieszkańcy woj. śląskiego?

1.3. Jakimi zachowaniami zdrowotnymi w zakresie dbałości o ciało i aktywności fizycznej charakteryzują się mieszkańcy woj. śląskiego?

1.4. Jakimi zachowaniami seksualnymi charakteryzują się mieszkańcy woj. śląskiego?

1.5. Jakimi zachowaniami zdrowotnymi w zakresie działań prewencyjnych charakteryzują się mieszkańcy woj. śląskiego?

1.6. Jakimi zachowaniami zdrowotnymi w zakresie korzystania z używek charakteryzują się mieszkańcy woj. śląskiego?

1.7. Jakimi zachowaniami zdrowotnymi w zakresie zdrowia psychospołecznego charakteryzują się mieszkańcy woj. śląskiego?

Problem badawczy ogólny:

2. Jaki jest sposób percepcji zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej mieszkańców województwa śląskiego?

Problemy badawcze szczegółowe:

2.1. Czy i w jakim stopniu badani dostrzegają w przekazach medialnych kult idealnego ciała?

2.2. Czy i w jakim stopniu badani dostrzegają w przekazach medialnych seksualizację kultury?

2.3. Czy i w jakim stopniu badani dostrzegają w przekazach medialnych prymat przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji?

³⁷⁵ S. Juszczak, *Badania ilościowe w naukach społecznych. Szkice metodologiczne...* op. cit., s. 49-51. por. M. Łobocki, *Wprowadzenie...*, op. cit., s. 126.

2.4.Czy i w jakim stopniu badani dostrzegają w przekazach medialnych medykalizację codziennego życia?

Problemy badawcze typu weryfikacyjnego:

Problem badawczy ogólny:

1.Czy percepcja zjawisk charakterystycznych dla kultury masowej koreluje ze sposobem postrzegania własnego ciała i zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców woj. śląskiego?

Problemy badawcze szczegółowe:

1.1.Czy sposób percepcji promowanego w mediach kultu idealnego ciała koreluje z zachowaniami zdrowotnymi badanych w zakresie odżywiania?

1.2.Czy percepcja promowanego w mediach kultu idealnego ciała koreluje z zachowaniami zdrowotnymi badanych w zakresie dbałości o ciało i aktywności fizycznej?

1.3.Czy sposób percepcji promowanego w mediach kult idealnego ciała koreluje z postrzeganiem własnego ciała przez badanych?

1.4.Czy sposób postrzegania obecnej w przekazach medialnych medykalizacji codziennego życia koreluje z działaniami prewencyjnymi podejmowanymi przez badanych?

1.5.Czy sposób percepcji charakterystycznej dla kultury masowej seksualizacji współczesnej kultury koreluje z zachowaniami seksualnymi respondentów?

1.6.Czy sposób percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji koreluje z zachowaniami seksualnymi respondentów?

1.7.Czy sposób percepcji obecnego w przekazach medialnych prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji koreluje z zachowaniami zdrowotnymi respondentów w zakresie korzystania z używek?

1.8.Czy sposób percepcji obecnego w mass mediach prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji koreluje z zachowaniami zdrowotnymi badanych w zakresie odżywiania?

1.9.Czy sposób percepcji obecnego w mass mediach prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji koreluje z zachowaniami zdrowotnymi badanych w zakresie zdrowia psychospołecznego?

Kolejnym istotnym krokiem po precyzyjnym ustaleniu problematyki badawczej, jest sformułowanie pewnej wiedzy teoretycznej o badanych zjawiskach w formie hipotez³⁷⁶. *Hipoteza* jest na ogół rozumiana jako swoisty domysł naukowy, jednakże K. Konarzewski

³⁷⁶ por. S. Juszczyk, *Badania ilościowe w naukach społecznych. Szkice metodologiczne...* op. cit., s. 72.

stwierdza, iż to nie tyle przypuszczenie badacza, lecz wniosek logiczny wpływający z przyjętych założeń teoretycznych i mający na celu ich weryfikację³⁷⁷.

Zatem hipotezy badawcze stanowią stwierdzenia, co do których istnieje pewne prawdopodobieństwo (wynikające z założeń teoretycznych), że są właściwym rozwiązaniem postawionych pytań badawczych. Oczywiście hipotezy te mogą zostać w toku badań potwierdzone lub zanegowane³⁷⁸.

Według K. Rubachy hipoteza stanowi zdanie wyprowadzone z teorii, odnoszące się do warunków empirycznych pozwalających na zweryfikowanie teorii³⁷⁹. Zatem nie wszystkie problemy badawcze wymagają formułowania hipotez. Są one niezbędne tylko w przypadku problemów dotyczących współzależności pomiędzy zmiennymi, w szczególności między zmiennymi zależnymi i niezależnymi. Prowadząc badania mające na celu weryfikację pewnych zależności, badacz powinien wysunąć hipotezy, które następnie zostaną potwierdzone lub nie. Natomiast w wypadku problemów badawczych dotyczących samej tylko charakterystyki badanych zjawisk lub faktów, nie zachodzi konieczność formułowania hipotez³⁸⁰. Zatem w koncepcji badań własnych sformułowano hipotezy jako odpowiedzi na pytania badawczych typu weryfikacyjnego:

Hipoteza główna:

1. Percepcja zjawisk charakterystycznych dla kultury masowej, a obecnych w przekazach medialnych, koreluje z zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców woj. śląskiego i ich postrzeganiem własnego ciała.

Hipotezy szczegółowe:

- 1.1. Sposób percepcji promowanego w mediach kultu idealnego ciała koreluje z zachowaniami zdrowotnymi badanych w zakresie odżywiania.
- 1.2. Sposób percepcji promowanego w mediach kultu idealnego ciała koreluje z zachowaniami zdrowotnymi badanych w zakresie dbałości o ciało i aktywności fizycznej.
- 1.3. Sposób percepcji promowanego w mediach kultu idealnego ciała koreluje z postrzeganiem własnego ciała przez badanych.
- 1.4. Sposób percepcji obecnej w przekazach medialnych medykalizacji codziennego życia koreluje z działaniami prewencyjnymi podejmowanymi przez badanych.

³⁷⁷ K. Konarzewski, Jak uprawiać badania oświatowe... op. cit., s. 42.

³⁷⁸ por. E. Babbie, Podstawy badań społecznych, wyd. PWN, Warszawa 2009, s. 547.

³⁷⁹ K. Rubacha, Metodologia badań nad edukacją... op. cit., s. 99.

³⁸⁰ A. W. Maszke, Metody i techniki badań pedagogicznych, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2008, s. 105. (por. M. Łobocki, Wprowadzenie... op. cit. s. 75)

- 1.5. Sposób percepcji charakterystycznej dla kultury masowej seksualizacji współczesnej kultury, koreluje z zachowaniami seksualnymi respondentów.
- 1.6. Sposób percepcji charakterystycznego dla kultury masowej prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji koreluje z zachowaniami seksualnymi respondentów.
- 1.7. Sposób percepcji obecnego w przekazach medialnych prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji koreluje z zachowaniami zdrowotnymi respondentów w zakresie korzystania z używek.
- 1.8. Sposób percepcji obecnego w mass mediach prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji koreluje z zachowaniami zdrowotnymi badanych w zakresie odżywiania.
- 1.9. Sposób postrzegania obecnego w mass mediach prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji koreluje z zachowaniami zdrowotnymi badanych w zakresie zdrowia psychospołecznego

4.4. Operacjonalizacja zmiennych i zależności między nimi

W każdym zjawisku będącym przedmiotem zainteresowania badacza można zaobserwować pewne cechy konstytutywne dla danego zjawiska- cechy te zwane są w metodologii *zmiennymi*. E. Babbie definiuje zmienne, jako logicznie powiązane zestawy wartości (atrybutów)³⁸¹. Studiując literaturę przedmiotu badacz dokonuje najpierw konceptualizacji zmiennych, czyli wyboru definicji teoretycznych przypisanych do konkretnych zmiennych. Jednakże, aby były one możliwe do zbadania, konieczna jest operacjonalizacja zmiennych, czyli przełożenie pojęć teoretycznych na język empiryczny³⁸².

Operacjonalizacja zmiennych dokonuje się poprzez *dobór wskaźników*, czyli pewnych dających się zaobserwować elementów, które możemy traktować jako odzwierciedlenie danej zmiennej³⁸³. Wskaźnik zatem służy identyfikacji zmiennej. Na podstawie tej definicji wskaźnika można jeszcze dokładniej określić procedurę operacjonalizacji zmiennych: otóż jest to nic innego jak przekładanie teoretycznych definicji poszczególnych zmiennych na język badawczy poprzez dobór odpowiednich wskaźników do każdej z nich³⁸⁴. Wskaźnik,

³⁸¹ E. Babbie, *Podstawy badań społecznych*, wyd. PWN, Warszawa 2008, s. 554. (por. T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych*, wyd. „Żak”, Warszawa 1995, s. 31-32.

³⁸² K. Rubacha, *Metodologia badań nad edukacją...* op. cit., s. 53.

³⁸³ Ibidem s. 553

³⁸⁴ K. Rubacha, *Metodologia badań nad edukacją...* op. cit., s. 54.

zdaniem S. Juszczyka, to po prostu swoisty znak obecności lub nieobecności danego pojęcia. Za jego pośrednictwem badacz wyraża, niejako co w jego rozumieniu kryje się za konkretną zmienną³⁸⁵.

Niezwyczajnie ważną część koncepcyjnej fazy badań stanowi także prawidłowe określenie związku między poszczególnymi cechami, czyli zależności między zmiennymi- wyodrębnienie zmiennych niezależnych (wpływających na inne) oraz zależnych (podlegających wpływowi) a czasem także zmiennych pośredniczących, czyli takich które wpływają na zmienne zależne tylko w sposób pośredni. W przeprowadzonych badaniach własnych występowały następujące **zmienne niezależne główne**:

Zn1 Sposób percepcji kultu idealnego ciała

Zn2 Sposób percepcji seksualizacji współczesnego życia

Zn3 Sposób percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji

Zn4 Sposób percepcji medykalizacji codziennego życia

Wskaźniki zmiennych niezależnych głównych obrazuje poniższa tabela:

Tabela 3. Wskaźniki zmiennych niezależnych

Zmienna niezależna	Wskaźnik	Narzędzie
Sposób percepcji kultu idealnego ciała	<ul style="list-style-type: none"> - dostrzeganie/ niedostrzeganie zdominowania przekazów medialnych przez osoby młode, z idealną figurą i o nieprzeciętnej urodzie; - dostrzeganie/ niedostrzeganie nadmiernie wyidealizowanego ciała kobiecego i męskiego w mediach; - dostrzeganie/ niedostrzeganie, iż media kreują nierzeczywisty ideał kobiecej urody(młodej, szczupłej, o nieprzeciętnej urodzie); - dostrzeganie/ niedostrzeganie, iż media kreują nierzeczywisty ideał męskiej urody w przekazach medialnych (młodego, przystojnego o doskonale wyrzeźbionym ciałem); - dostrzeganie/ niedostrzeganie, iż media przedstawiają idealność fizyczną, jako niezbędny środek do osiągnięcia sukcesu we wszystkich sferach życia; - schemat wizerunku kobiety/mężczyzny powstały w umyśle badanych (zgodny z triadą piękno-młodość- szczupłe ciało/ odmienny od dominującej w mediach triady); - sposób postrzegania własnego ciała przez badanych (rygorystyczny i zgodny z triadą piękno-młodość- szczupłe ciało/ mniej rygorystyczny i odmienny od w/w 	Autorska Skala Percepcji Kultury Masowej oraz Autorski Kwestionariusz Percepcji Kultury Masowej

³⁸⁵ por. S. Juszczyk, Badania ilościowe w naukach społecznych... op. cit., s. 54-55.

	<p>triady);</p> <ul style="list-style-type: none"> - starania/ brak starań dokonywane przez badanych, by przybliżyć się do osiągnięcia kreowanego przez media ideału; - sposób postrzegania fizyczności osób płci przeciwnej przez badanych (rygorystyczny i zgodny z triadą piękno-młodość- szczupłe ciało/ mniej rygorystyczny i odmienny od w/w triady); - dostrzeganie/ niedostrzeganie faktu, iż kreowany przez media ideał urody może negatywnie wpływać na postrzeganie własnej fizyczności; 	
Sposób percepcji seksualizacji współczesnej kultury	<ul style="list-style-type: none"> - dostrzeganie/ niedostrzeganie przez badanych nadmiernego ekspozowania przez kulturę masową ludzkiej seksualności i ukazywania ludzi jako obiektów seksualnych; - dostrzeganie/ niedostrzeganie przez badanych przesycenia przekazów medialnych asocjacjami seksualnymi; <ul style="list-style-type: none"> - dostrzeganie/ niedostrzeganie przez badanych, faktu że mass media ukazują sferę seksualną jako najważniejszą w życiu; - dostrzeganie/ niedostrzeganie przez badanych, iż kultura masowa w znacznym stopniu kształtuje zachowania seksualne współczesnych ludzi; - postrzeganie/ nie postrzeganie przekazów medialnych jako źródła wiedzy na temat seksualności; - dostrzeganie/ niedostrzeganie przez badanych niebezpieczeństw związanych z przesyceniem kultury masowej treściami o charakterze seksualnym; 	<p>Autorska Skala Percepcji Kultury Masowej oraz</p> <p>Autorski Kwestionariusz Percepcji Kultury Masowej</p>
Sposób percepcji prymatu konsumpcji, przyjemności i natychmiastowości	<ul style="list-style-type: none"> - dostrzeganie/ niedostrzeganie przez badanych, że media ukazują w sposób bezpośredni oraz pośredni konsumpcję jako dobro najwyższe, przez co zachęcają do niej ludzi (*chodzi o rzeczywiste konsumowanie, czyli jedzenie jak i kupowanie coraz to nowych rzeczy); - dostrzeganie/ niedostrzeganie przez badanych, że media zachęcają do swoistego „konsumowania” relacji międzyludzkich oraz kontaktów seksualnych, czyli szybkiego ich nawiązywania i rozwiązywania; - dostrzeganie/ niedostrzeganie przez badanych, że kultura popularna lansuje 	<p>Autorska Skala Percepcji Kultury Masowej oraz</p> <p>Autorski Kwestionariusz Percepcji Kultury Masowej</p>

	<p>życie bez nadmiernych zobowiązań;</p> <ul style="list-style-type: none"> - dostrzeganie/ niedostrzeganie przez badanych, że kultura masowa przedstawia przyjemność jako niezbędną do prowadzenia życia szczęśliwego i satysfakcjonującego; - dostrzeganie/ niedostrzeganie przez badanych medialnych sposobów „walki z czasem” bazujące na współczesnej tendencji do szybkiego tempa życia (kultura typu <i>instant</i> i <i>fast-food</i>); 	
<p>Sposób percepcji medykalizacji codzienności</p>	<ul style="list-style-type: none"> - dostrzeganie/ niedostrzeganie przez badanych, że media zachęcają odbiorców do stosowania różnych specyfików i poddawania się zabiegom mającym zlikwidować pewne dolegliwości, a często nawet te związane z normalnymi procesami fizjologicznymi wykorzystując do tego celu pseudomedyczne autorytety i powołując się na niesprawdzone badania; - dostrzeganie/ niedostrzeganie przez badanych, że media komercjalizują zdrowie ukazując je jako towar, który można kupić lub zdobyć poddając się pewnym zabiegom bądź stosując promowane w mediach specyfiki; - dostrzeganie/ niedostrzeganie przez badanych, że w mediach przedstawiane są coraz to nowe informacje nt. najnowszych diet, ćwiczeń, itp. zachęcają ludzi do ciągłego ich testowania, co powoduje chaos i powstanie swoistego dysonansu poznawczego; - dostrzeganie/niedostrzeganie przez badanych pewnego potencjału tkwiącego w środkach masowego przekazu, a związanego m.in. z wykorzystaniem ich zasięgu i siły oddziaływania do promowania zachowań prozdrowotnych; - źródła informacji nt. zdrowia, do których sięgają badani (mass media/ źródła naukowe/ profesjonaliści/laicy) 	<p>Autorska Skala Percepcji Kultury Masowej oraz</p> <p>Autorski Kwestionariusz Percepcji Kultury Masowej</p>

źródło: opracowanie własne

Wyodrębniono także *zmienne pośredniczące i ich wskaźniki*:

Znp1 płeć- wskaźnik: (deklaracja metryczkowa: kobieta/mężczyzna)

Znp2 wiek- wskaźnik: (deklaracja metryczkowa: 18-35 lat/ 36-50 lat/ 51-65 lat/)

Znp3 poziom wykształcenia- wskaźnik: (deklaracja metryczkowa: podstawowe/
zawodowe/średnie/wyższe)

Znp4 miejsce zamieszkania- wskaźnik: (deklaracja metryczkowa: wieś/małe miasto/ średnie
miasto/ duże miasto)

W niniejszym projekcie badawczym wyodrębniono następujące *zmienne zależne*:

Zz1 Postrzeganie własnego ciała

Zz2 Zachowania związane z odżywianiem;

Zz3 Dbłość o ciało i aktywność fizyczna;

Zz4 Zachowania seksualne;

Zz5 Korzystanie z używek;

Zz6 Działania prewencyjne;

Zz7 Zachowania związane ze zdrowiem psychospołecznym.

Wskaźniki zmiennych zależnych obrazuje poniższa tabela:

Tabela 4. Wskaźniki zmiennych zależnych

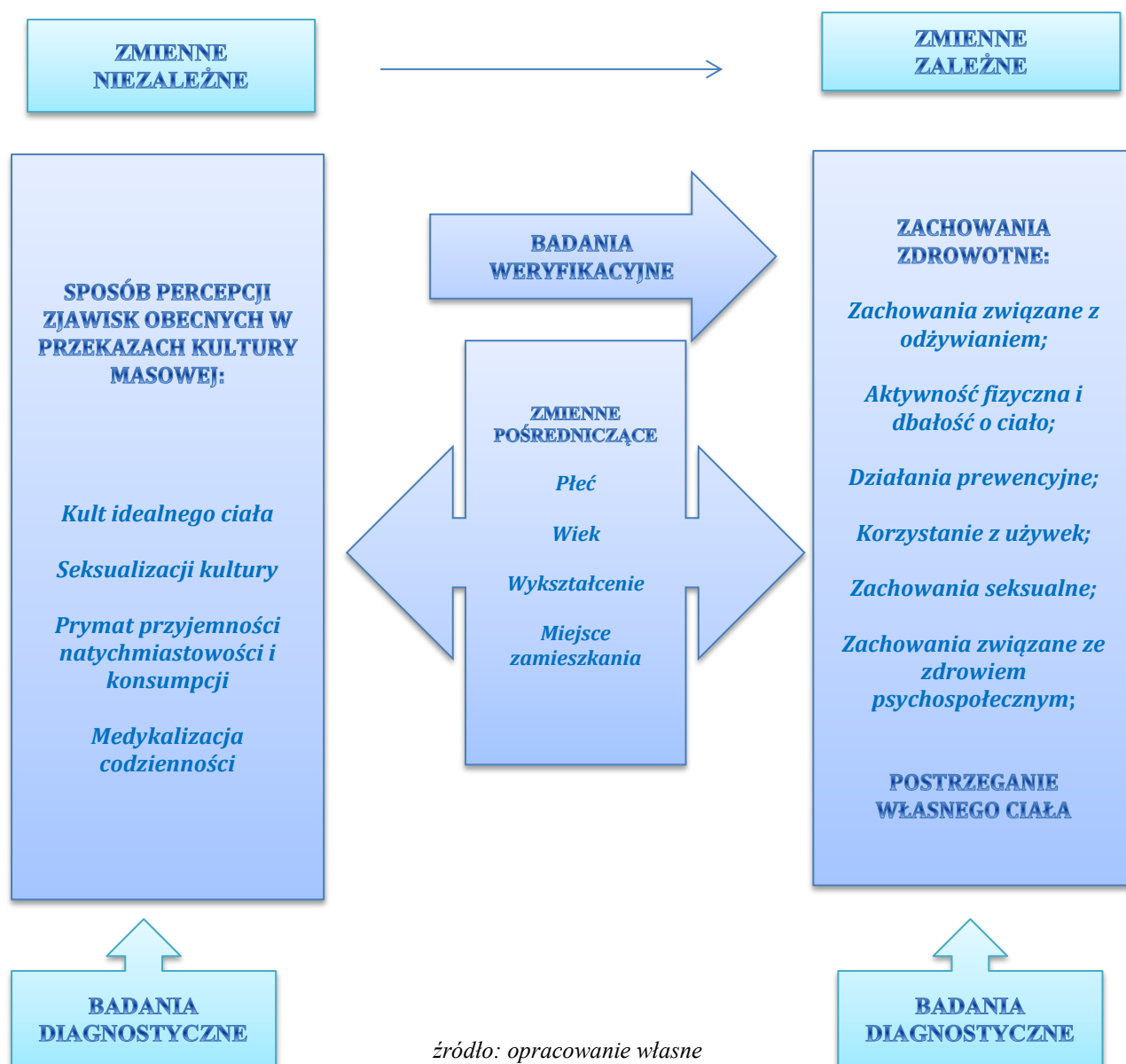
Zmienna zależna	Wskaźnik	Narzędzie
Zachowania związane z odżywianiem	- ilość i regularność spożywanych posiłków; - jakość spożywanych posiłków i rodzaj spożywanej żywności (zdrowe/niezdrowe); - stosowanie specjalnych diet i suplementów diety;	Autorski Kwestionariusz Podejmowanych Zachowań Zdrowotnych
Dbłość o ciało i aktywność fizyczna	- rodzaj, intensywność i częstość podejmowanej aktywności ruchowej i jej adekwatność do czasu spędzanego przed komputerem/telewizorem; - czas i środki poświęcane na pielęgnację i higienę ciała - zabiegi i usługi związane z pielęgnacją i dbałością o ciało (podejmowane i deklarowana chęć podjęcia); - ilość (właściwa lub nie) czasu poświęcany na sen i odpoczynek;	Autorski Kwestionariusz Podejmowanych Zachowań Zdrowotnych
Działania prewencyjne	- samokontrola/brak samokontroli stanu zdrowia; - podejmowanie/ niepodejmowanie niezbędnych lekarskich badań profilaktycznych ; - przestrzeganie/ nieprzestrzeganie prawidłowych zaleceń	Autorski Kwestionariusz Podejmowanych Zachowań Zdrowotnych

	zdrowotnych; - pozyskiwanie/ niepozyskiwanie informacji na temat zdrowia i choroby;	
Korzystanie z używek	- deklarowana częstość spożywania alkoholu i palenia papierosów; - deklarowany kontakt/ brak kontaktu z substancjami psychoaktywnymi;	Autorski Kwestionariusz Podejmowanych Zachowań Zdrowotnych
Zachowania seksualne	- deklarowana ilość partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku; - deklarowane podejmowanie/ niepodjęcie tzw. „ryzykowanych zachowań seksualnych”;	Autorski Kwestionariusz Podejmowanych Zachowań Zdrowotnych
Zdrowie psychospołeczne	- posiadanie właściwych lub nie-sposobów radzenia ze stresem; - otrzymywanie/ nieotrzymywanie wsparcia społecznego; - właściwe/ niewłaściwe nawiązywanie i utrzymywanie relacji interpersonalnych; - postrzeganie/ niepostrzeganie płci przeciwnej pod kątem seksualności i atrakcyjności fizycznej;	Autorski Kwestionariusz Podejmowanych Zachowań Zdrowotnych
Postrzeganie własnego ciała	- sposób oceny własnej sylwetki-adekwatny/nieadekwatny do rzeczywistego BMI; - zadowolenie/ brak zadowolenia ze swojego wyglądu; - chęć/ brak chęci do zmiany wyglądu (ewentualne środki mające zostać wykorzystane do modyfikacji wyglądu).	Autorski Kwestionariusz Podejmowanych Zachowań Zdrowotnych

źródło: opracowanie własne

Poniższy rysunek przedstawia wykazaną wyżej operacjonalizację zmiennych i zależności między nimi- wraz ze wskazaniem przedmiotu oraz typu badań.

Ryc. 8. Graficzny model badań i zależności między zmiennymi



4.5. Wykorzystane metody, techniki i narzędzia badawcze

W metodologii badań społecznych nie ma zgodności, co do definiowania pojęcia metoda oraz technika badawcza, bowiem to, co jeden autor uznaje za metodę, według innego jest techniką i odwrotnie. Jednak w niniejszym projekcie badawczym przyjęto za T. Pilchem, iż „*metoda badawcza jest pojęciem najszerszym i nadrzędnym w stosunku do techniki i narzędzia badawczego. Technika jest pojęciem podrzędnym do metody i nadrzędnym w stosunku do narzędzia. To ostatnie zaś ma zakres najwęższy i jest pojęciem podrzędnym zarówno wobec pojęcia metody jak i techniki badawczej*”³⁸⁶. Metoda stanowi niejako całość postępowania badacza, którego celem jest rozwiązanie przyjętych problemów badawczych. Zaś technika badawcza obejmuje czynności praktyczne wykonywane podczas posługiwania się konkretną metodą. Narzędzie z kolei stanowi środek pomocniczy wykorzystywany przy gromadzeniu materiałów empirycznych³⁸⁷.

Główną metodą wykorzystaną w badaniach własnych była *metoda sondażowa*³⁸⁸, zwana przez niektórych autorów *sondażem diagnostycznym*³⁸⁹. S. Juszczyk definiuje metodę sondażu diagnostycznego, jako sposób gromadzenia wiedzy o atrybutach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych oraz o opiniach i poglądach wybranych zbiorowości, nasilaniu się i kierunkach rozwoju określonych zjawisk w oparciu o specjalnie dobraną grupę reprezentującą populację generalną, w której badane zjawisko występuje³⁹⁰. Z kolei E. Babbie stwierdza, iż sondaż stanowi najlepszą dostępną metodę dla badaczy chcących zbierać oryginalne dane, by opisać populację, która jest bardzo liczna, a co za tym idzie, nie jest możliwa jej bezpośrednia obserwacja³⁹¹.

Zgodnie z klasyfikacją metod i technik T. Pilcha, w ramach metody sondażu diagnostycznego, zastosowano *technikę ankiety* oraz *skali*. Według K. Rubachy ankieta stanowi sposób gromadzenia informacji i polega na wypełnianiu przez badanego specjalnych kwestionariuszy, czyli na zorganizowanym zadawaniu wcześniej ustalonych pytań³⁹². Technika ta ma zasadnicze znaczenie dla rozwoju wiedzy teoretycznej i diagnostyczno-opisowej w naukach społecznych. Pozwala poznać określone cechy zbiorowości, fakty,

³⁸⁶ T. Pilch, T. Bauman, *Zasady...* op. cit., s. 71-72.

³⁸⁷ A. Kamiński, *Metoda, technika, procedura badawcza w pedagogice empirycznej*, w: *Metodologia pedagogiki społecznej*, red. R. Wroczyński, T. Pilch, wyd. Ossolineum, Wrocław 1974, s. 54

³⁸⁸ E. Babbie, *Podstawy badań społecznych...* op. cit., s. 132,274.

³⁸⁹ T. Pilch, T. Bauman, *Zasady...* op. cit., s. 79-80.

³⁹⁰ S. Juszczyk, *Badania ilościowe w naukach społecznych...* op. cit., s. 81.

³⁹¹ E. Babbie, *Podstawy badań społecznych...* op. cit., s. 276.

³⁹² K. Rubacha, *Metodologia badań na edukacją...* op. cit., s. 173.

opinie o zdarzeniach. Prowadzone w ten sposób badania mają zazwyczaj charakter anonimowy, dzięki czemu badacz może liczyć na otwartość i szczerłość respondentów³⁹³. Narzędziem służącym realizacji tej techniki jest *kwestionariusz ankiety*, czyli uporządkowana merytorycznie i graficznie wydrukowana lista pytań typu otwartego, półotwartego lub zamkniętego z różnymi rodzajami kafeterii.³⁹⁴

W niniejszych badaniach w ramach techniki ankiety wykorzystano dwa autorskie kwestionariusze. *Kwestionariusz Podejmowanych Zachowań Zdrowotnych* składa się z 65 pytań oraz metryczki. W kwestionariuszu tym zastosowano kafeterię zamkniętą, półotwartą oraz otwartą. Pytania znajdujące się w kwestionariuszu są adekwatne do poszczególnych problemów badawczych oraz wskaźników dotyczących zmiennych zależnych. Jedno z pytań odnoszących się do postrzegania własnego ciała ma charakter testu sylwetek (*FRS*, stworzonego przez Stunkarda i współpracowników)³⁹⁵. Zadaniem respondentów było dokonanie wyboru jednego spośród dziewięciu rysunków sylwetek odzwierciedlającego ich aktualny wygląd.

Kolejnym użytym autorskim narzędziem jest *Kwestionariusz Percepcji Przekazów Kultury Masowej* składający się z 19 pytań z kafeterią zamkniętą, półotwartą i otwartą oraz metryczki. Kwestionariusz ten stanowi odzwierciedlenie problemów badawczych i wskaźników dotyczących zmiennych niezależnych głównych.

Oprócz techniki ankiety w badaniach własnych wykorzystano także *skalę* służącą do pomiaru odpowiednich zmiennych³⁹⁶. Jest ona zatem rozumiana, jako złożony typ miary, której elementy tworzą logiczną strukturę, często z uwzględnieniem intensywności wskaźników. Kilka pytań wchodzących w skład miernika złożonego może mierzyć różne natężenie określonej zmiennej³⁹⁷.

Do realizacji pomiaru poziomu percepcji zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej zastosowano *Autorską Skalę Percepcji Przekazów Kultury Masowej*. Pierwotna wersja skali została poddana ocenie sędziów kompetentnych, a na podstawie tych ocen określono trafność treściową poszczególnych stwierdzeń z każdej z czterech podskal reprezentujących poszczególne zmienne niezależne. Współczynnik trafności treściowej określono na podstawie wzoru:

³⁹³ por. E. Babbie, *Podstawy badań społecznych...* op. cit., s. 276-277.

³⁹⁴ S. Juszczyk, *Badania ilościowe w naukach społecznych...* op. cit., s. 90. por. K. Rubacha, *Metodologia badań nad edukacją...* op. cit., s. 173-178.

³⁹⁵ Zaczepnięto z: A. Brytek- Matera, *Obraz ciała- obraz siebie...* op. cit., s. 97.

³⁹⁶ S. Nowak, *Metodologia badań społecznych...* op. cit., s. 157.

³⁹⁷ E. Babbie, *Podstawy badań społecznych...* op. cit., s. 196.

$$CVR = \frac{n_e - N / 2}{N / 2}$$

gdzie:

N – oznacza ogólną liczbę sędziów,

n_e – liczbę sędziów, którzy określili daną pozycję testową jako zasadniczą dla testu.

Współczynnik przyjmuje wartości od -1 do 1. Wartości dodatnie przyjmuje, gdy więcej niż połowa sędziów określiła daną pozycję testową jako zasadniczą dla testu. Jako pozycję zasadniczą uznano odpowiedzi sędziów na poziomie 3. Według E. Hornowskiej, przy pięciu sędziach kompetentnych, należy uznać za statystycznie istotne, wartości CVR każdego twierdzenia, większe niż 0,99 (wówczas wszyscy sędziowie muszą wskazać daną pozycję jako zasadniczą)³⁹⁸. Zatem w ostatecznej wersji skali umieszczono tylko stwierdzenia spełniające powyższy warunek, znalazło się więc w niej 41 stwierdzeń dotyczących każdej zmiennej niezależnej głównej (ułożonych losowo) oraz metryczka. Osoby badane oceniały zawarte w narzędziu stwierdzenia na trzystopniowej skali (gdzie 1 oznacza nie zgadzam się, a 3- zgadzam się). Każda podskala dotyczyła jednego obszaru zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej- im więcej punktów respondent zdobył w ramach danej podskali- tym większym poziomem percepcji się charakteryzuje. Stwierdzenia przypisane każdej grupie zjawisk oraz punktację obrazuje poniższa tabela.

Tabela 5. Poszczególne grupy zjawisk obecnych w przekazach medialnych wraz z punktacją (Skala Percepcji Kultury Masowej- Aneks nr 3)

Określona grupa zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej	Stwierdzenia tworzące wymiar/ odnoszące się do sposobu percepcji:	Maksymalna liczba punktów:	Minimalna liczba punktów:
Kult idealnego ciała	1,5,9,13,17,21,25,29,32,34,35,38,40,41	42	14
Seksualizacja życia	2,6,10,14,18,22,26,30,36	27	9
Prymat przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji	3,7,11,15,19,23,27,31,37	27	9
Medykalizacja codziennego życia	4,8,12,16,20,24,28,33,39	27	9

źródło: opracowanie własne

³⁹⁸ E. Hornowska, *Testy psychologiczne – Teoria i praktyka*, wyd. Scholar, Warszawa 2009, s. 89

Na potrzeby analizy statystycznej badań własnych skonstruowano także *Autorską Skalę Zachowań Prozdrowotnych*. Owa skala została zatem skonstruowana po zebraniu materiału empirycznego i ma swoje źródło w Autorskim Kwestionariuszu Podejmowanych Zachowań Zdrowotnych. Z kwestionariusza wybierano najistotniejsze z punktu widzenia problematyki badawczej pytania dotyczące poszczególnych obszarów zachowań zdrowotnych oraz postrzegania ciała i połączono w jednolite grupy. Następnie dokonano rangowania poszczególnych odpowiedzi kwestionariusza według przyjętego klucza- kierowano się zasadą, że im wyższa ranga tym wyższy poziom danej skali (danego zachowania prozdrowotnego). W następnej kolejności odpowiedzi poddane rangowaniu zostały zsumowane i otrzymano skale ilościowe badanych obszarów (zmienne agregacyjne). Zatem im więcej punktów w ramach danej podskali otrzymał respondent- tym większym natężeniem zachowań prozdrowotnych w danym obszarze się charakteryzował. Poniższa tabela zawiera szczegółowe informacje na temat wybranych z kwestionariusza pytań tworzących wymiary poszczególnych zachowań zdrowotnych oraz możliwej do uzyskania punktacji- zgodnej z przyjętym rangowaniem.

Tabela 6. Poszczególne wymiary tworzące Skalę Zachowań Prozdrowotnych (wraz z punktacją)

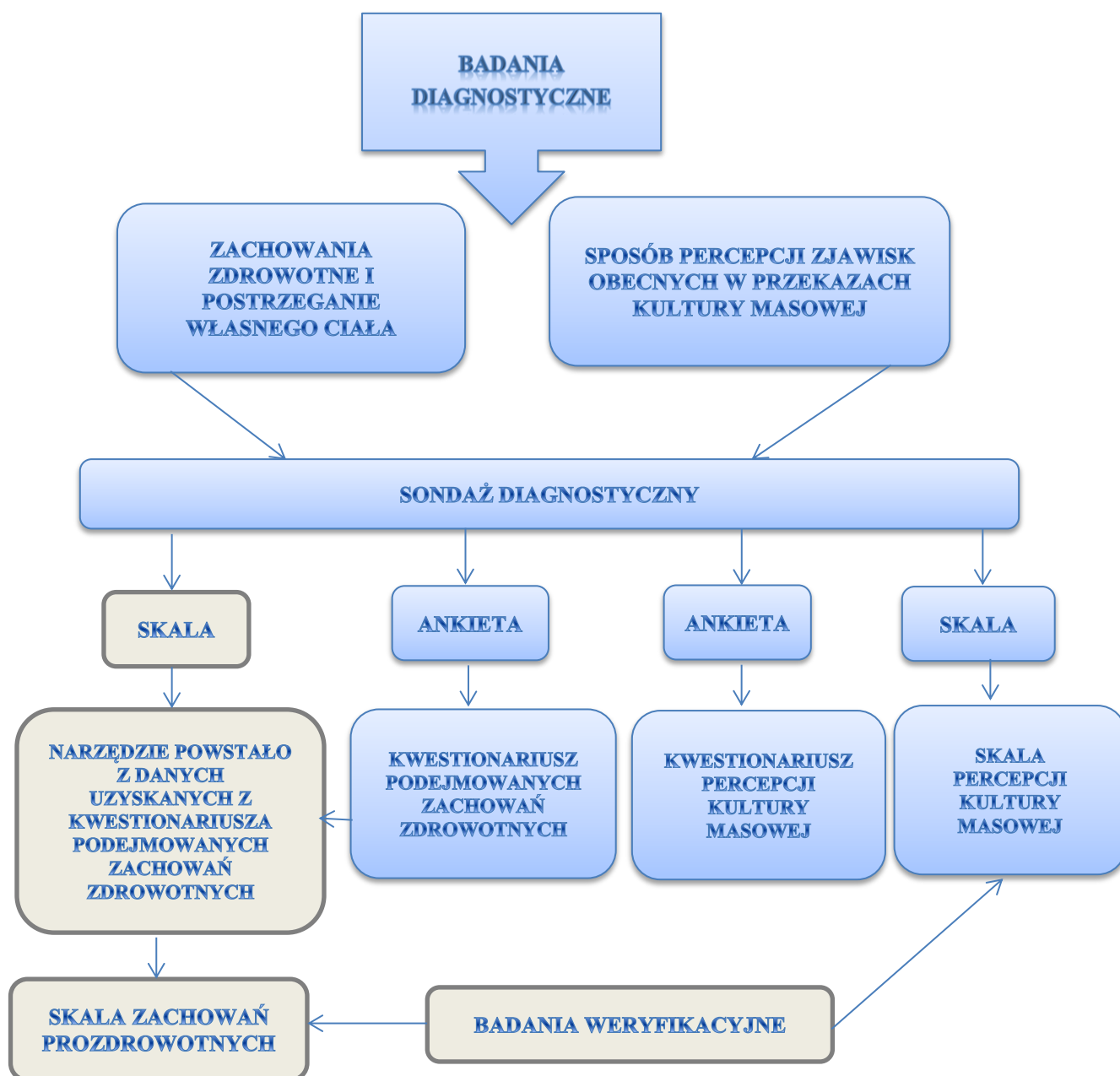
Określony wymiar zachowań zdrowotnych:	Pytania tworzące wymiar:	Maksymalna liczba punktów:	Minimalna liczba punktów:
Zachowania związane z odżywianiem	1,2,3,4,5,6,7,8,14	41	9
Dbłość o ciało i aktywność fizyczna	18,19,20,21,22,23	26	7
Zachowania seksualne	52,53,54	8	3
Korzystanie z używek	16,17,43,44	15	4
Zachowania prewencyjne	26,27,28(wyłącznie kobiety), 29 (wyłącznie kobiety), 30,31,32	25 (kobiety) 19(mężczyźni)	8 (kobiety) 6 (mężczyźni)
Zachowania związane ze zdrowiem psychospołecznym	35,36,37,38,39,40,41	18	7
Postrzeganie własnego ciała	46 oraz BMI (metryczka)	Pytanie 46, jak i BMI zostały przeliczone na kategorie od 1 do 5 (rangi). Rysunki 1,2- ranga 1; rys. 3,4- ranga 2; 5,6- ranga 3; 7,8- ranga 4; 9- ranga 5; Analogicznie rangi przypisano wskaźnikowi BMI, a następnie porównywano rangę oceny sylwetki z rangą BMI.	

źródło: opracowanie własne

Ponadto wszystkie autorskie narzędzia badawcze zostały sprawdzone podczas badań pilotażowych przeprowadzonych na próbie liczącej 20 osób. Po przeprowadzeniu pilotażu wprowadzono drobne zmiany w kafeteriach niektórych pytań a także doprecyzowano stosowane sformułowania.

Za pomocą poniższego rysunku zilustrowano metody, techniki i narzędzia badawcze wykorzystane w badaniach własnych.

Ryc. 9. Graficzny model wykorzystanych metod, technik i narzędzi badawczych do badań diagnostyczno-weryfikacyjnych



źródło: opracowanie własne

4.6. Dobór próby badawczej oraz charakterystyka terenu badań

Istotnym krokiem, który musi podjąć badacz przed przystąpieniem do fazy realizacji badań, jest wybór terenu badań oraz wyselekcjonowanie dla celów badawczych pewnej liczby osób spośród określonej zbiorowości ludzi, którymi badacz jest szczególnie zainteresowany. Całość grupy stanowiącej przedmiot zainteresowania badacza nazywana jest *populacją generalną*. K. Rubacha definiuje to pojęcie, jako „określony teoretycznie zbiór obiektów, który jest przedmiotem badania, lub z którego wyłania się próbkę do badań”³⁹⁹. Zazwyczaj nie udaje się zbadać całej populacji, więc należy ograniczyć się do zbadania jej reprezentacji. Część populacji wybrana do badania jest nazywana *próbą reprezentatywną*⁴⁰⁰ lub *próbą badawczą*⁴⁰¹. Próba ta powinna zostać starannie dobrana, tak aby posiadała wszystkie cechy populacji generalnej. Na ogół wyróżniamy dwa główne sposoby doboru próbki do badań-*probabilistyczny i nieprobabilistyczny*⁴⁰².

Jako teren badań własnych wybrano województwo śląskie. W ramach strategii ilościowej posłużono się *probabilistycznym (losowym)* doborem próby, gdyż jedynie ten typ doboru pozwala wyodrębnić próbę reprezentatywną, posiadającą cechy konstytutywne populacji generalnej⁴⁰³. Liczebność próby reprezentatywnej ustalono z wykorzystaniem wzoru na niezbędną wielkość próby J. Grenia (wzór znajduje się poniżej)*⁴⁰⁴:

$$n_b = \frac{N}{1 + \frac{d^2 (N-1)}{z_{\alpha}^2 pq}},$$

³⁹⁹ K. Rubacha, Metodologia badań na edukacją... op. cit., s. 116.

⁴⁰⁰ M. Łobocki, Metody...op. cit., s.40-41.

⁴⁰¹ K. Rubacha, Metodologia badań na edukacją... op. cit., s. 116.

⁴⁰² J.J. Shaughnessy, E.B. Zechmeister, J. S. Zechmeister, Metody badawcze w psychologii, wyd. GWP, Gdańsk 2002, s. 166-171.

⁴⁰³ E. Babbie, Logika doboru próby... op. cit. s. 215.

⁴⁰⁴ J. Greń, Statystyka matematyczna. Modele i zadania, w: Metodologia badań psychologicznych, red. J. Brzeziński, wyd. PWN, Warszawa 1997, str. 247.

gdzie:

nb- niezbędna wielkość próby

N- liczebność populacji

p- spodziewany rząd wielkości szacowanej frakcji

q- 1- p

α - wielkość frakcji

d- dopuszczalny błąd szacunku frakcji p

*- w odniesieniu do badanej populacji badacz nie zna frakcji elementów posiadających daną cechę. Chce jej wartość oszacować na podstawie wartości frakcji w próbie. Jeżeli nie zna rzędu wielkości szacowanej frakcji, może przyjąć jej maksymalną wartość, tj. $\frac{1}{4}$, wówczas otrzymuje wzór przybliżony na niezbędną wielkość próby:

$$n_b = \frac{N}{1 + \frac{4d^2 (N-1)}{z_\alpha^2}} .$$

Populację generalną dla przeprowadzonej procedury badawczej stanowili mieszkańcy województwa śląskiego (kobiety i mężczyźni) w wieku produkcyjnym (18-65 lat), ponieważ wybór ten był najbardziej zasadny- biorąc pod uwagę przedmiot badań. Zgodnie z danymi GUS z grudnia 2016 roku liczebność populacji w wieku 18- 65 lat w woj. śląskim wynosiła 2885000⁴⁰⁵. Tak więc przy liczebności populacji $N = 2970023$, współczynnika ufności $P= 0,95$ ($\alpha=1-P=1-0,95=0,05$) oraz maksymalnym błędzie rzędu 5%, niezbędna wielkość próby wynosi w przybliżeniu 384 osoby.

E. Babbie stwierdza, iż aby próba jednostek z danej populacji mogła być podstawą dobrego opisu całej populacji, musi ona cechować się taką samą zmiennością jak populacja⁴⁰⁶. Zatem w ramach doboru losowego zdecydowano się na *dobór warstwowy*, pozwala on bowiem zwiększyć reprezentatywność próby poprzez obniżenie możliwości błędu z próby. Dobór ten opiera się na podziale populacji, z której dobieramy próbę, na podzbiory

⁴⁰⁵ <http://www.polskawliczbach.pl/slaskie> [dostęp 30.12.2016 r.]

⁴⁰⁶ E. Babbie, Logika doboru próby... op. cit. s. 215.

zwane warstwami⁴⁰⁷. W niniejszym projekcie badawczym zastosowano podział populacji na cztery warstwy ze względu na miejsce zamieszkania, odzwierciedlające rzeczywisty układ społeczny populacji:

- wieś (263 wsie w woj. śląskim)
- małe miasto (poniżej 20 tys. mieszkańców; 35)
- średnie miasto (od 20- 100 tys. mieszkańców; 24)
- duże miasto (powyżej 100 tys. mieszkańców; 12)⁴⁰⁸.

Każdej z warstw przypisane są miasta (w sumie 71 miast) i wsie (w sumie 263) mieszczące się na terenie województwa śląskiego. Zgodnie z danymi demograficznymi 79% populacji województwa śląskiego mieszka w miastach (43% w dużych, niespełna 3% w średnich, a ponad 33% w małych miastach), pozostałe 21% to mieszkańcy wsi. W ramach każdej z warstw wylosowano miasta i wsie, w których przeprowadzono badania- 8 dużych miast, 3 średnie miasta, 6 małych miast oraz 6 wsi (szczegółowe informacje zawiera poniższa tabela).

Tabela 7 . Miasta i wsi, w których przeprowadzono badania w ramach doboru losowego warstwowego

Lp.	Duże miasta:	Średnie miasta:	Małe miasta:	Wsie:
1.	Ruda Śląska	Mikołów	Radzionków	Borowa Wieś
2.	Katowice	Łaziska Górne	Pyskowice	Gierałtowice
3.	Zabrze	Wodzisław Śląski	Kalety	Herby
4.	Bytom		Lędziny	Ornontowice
5.	Rybnik		Orzesze	Nakło Śląskie
6.	Tychy		Bieruń	Goczalkowice
7.	Chorzów			
8.	Gliwice			

źródło: opracowanie własne

⁴⁰⁷ Ibidem s. 235-238. (por. S. Juszczyk, Badania ilościowe w naukach społecznych... op.cit., s. 132-133.)

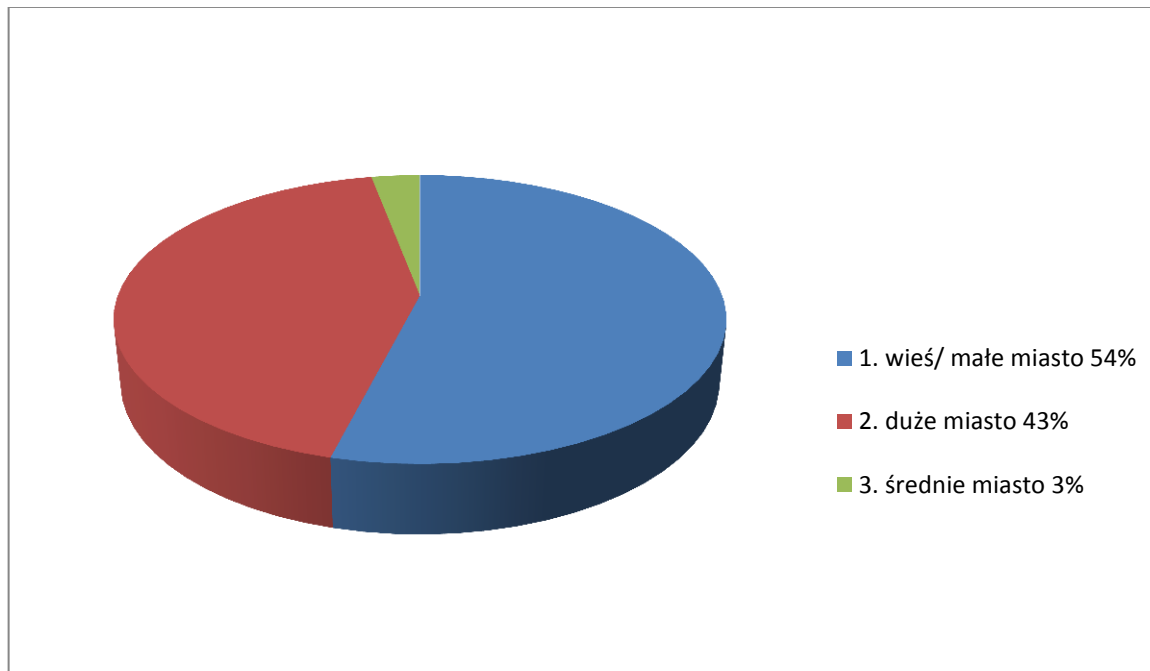
⁴⁰⁸ por. http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/oz_miasta_w_liczbach_2009_notatka_infor.pdf [dostęp 01.11.2014r.]

Ponadto liczba respondentów będących odbiorcami badania w ramach każdej warstwy, stanowiła odzwierciedlenie rzeczywistego rozkładu populacji w poszczególnych warstwach (*dobór warstwowy proporcjonalny*)⁴⁰⁹. Zatem rozkład próby wygląda następująco:

- wieś: 21% osób spośród 384 potrzebnych do próby, czyli 81 osób w ramach warstwy;
- małe miasto: 33% osób spośród 384 potrzebnych do próby, czyli 126 osób w ramach warstwy;
- średnie miasto: 3% osób spośród 384 potrzebnych do próby, czyli 12 osób w ramach warstwy;
- duże miasto: 43% osób spośród 384 potrzebnych do próby, czyli 165 osób w ramach warstwy;

Tak więc próba reprezentatywna, zgodnie z powyższymi ustaleniami wynosiła w sumie 384 osób- w rozkładzie na 4 warstwy. Szczegółowe dane na temat próby zawierają poniższe diagramy. W diagramach tych zastosowano kategoryzację uwzględnioną następnie podczas analizy statystycznej.

Wykres 1. Podział próby ze względu na miejsce zamieszkania

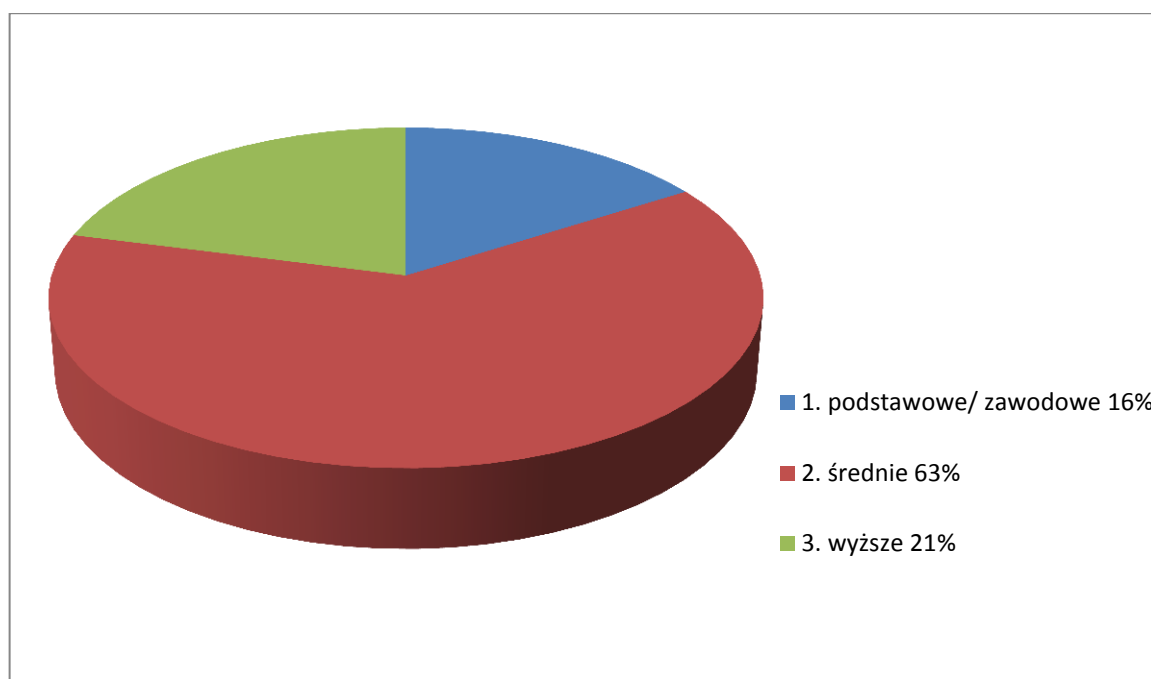


źródło: opracowanie własne

⁴⁰⁹ A. Matuszak, Z. Matuszak, Określenie próby i jej liczności w badaniach pedagogicznych, „General and Professional Education” 2/2011, s. 33-39.

Wykres 1. przedstawia podział próby badawczej ze względu na miejsce zamieszkania. W metryczkach znalazły się cztery kategorie miejsca zamieszkania (zgodnie z przyjętym podziałem na warstwy): wieś; małe miasto; średnie miasto; duże miasto. Z kolei na wykresie przedstawiono rozkład próby zgodnie z kategoryzacją przyjętą podczas analizy materiały empirycznego. Zatem mieszkańcy wsi i małych miast stanowili 54% próby, mieszkańcy średnich miast 3%, zaś dużych miast- 43%próby. Najliczniejszą grupą byli więc mieszkańcy wsi i małych miast.

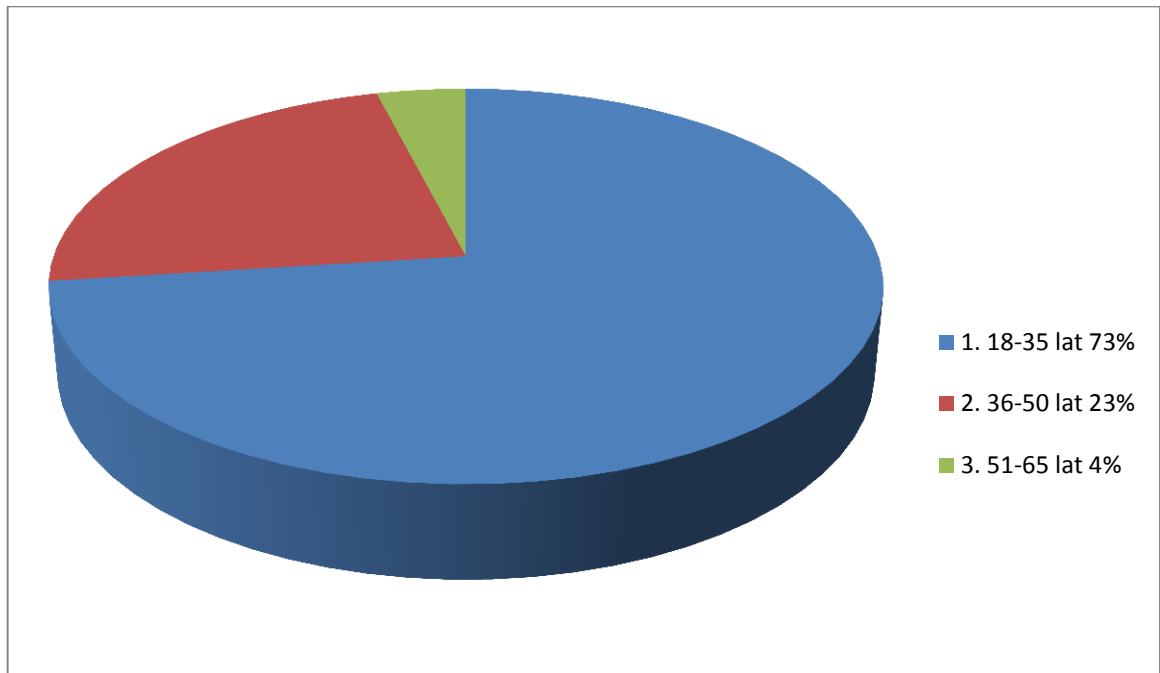
Wykres 2. Podział próby ze względu na poziom wykształcenia



źródło: opracowanie własne

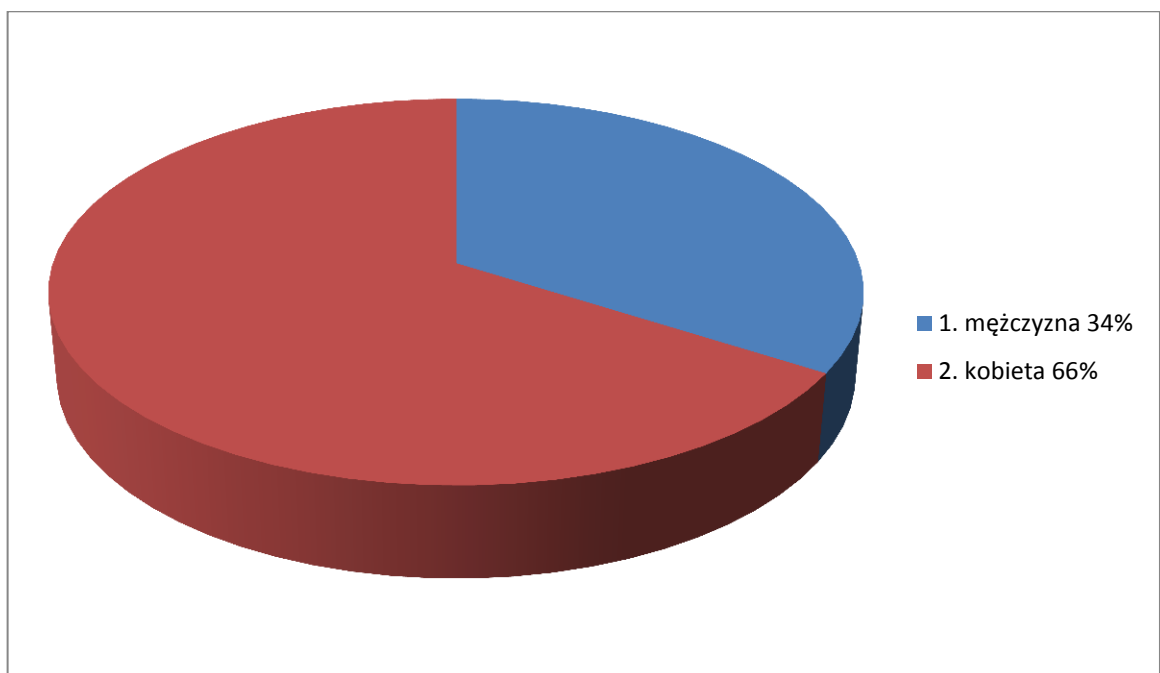
Wykres 2. przedstawia natomiast podział próby ze względu na poziom wykształcenia. W metryczkach znalazły się następujące kategorie wykształcenia: podstawowe; zawodowe; średnie; wyższe. Z kolei analizując zebrany materiał zastosowano podział na trzy kategorie wykształcenia: podstawowe/ zawodowe; średnie; wyższe. Zatem różnicując próbę ze względu na poziom wykształcenia zauważyć można najliczniejszy udział osób z wykształceniem średnim- 63%. Respondenci z wykształceniem wyższym stanowili 21% próby, zaś ci z wykształceniem podstawowym/ zawodowym- 16%.

Wykres 3. Podział próby ze względu na wiek



Na wykresie 3. znajduje się podział próby ze względu na wiek. Osoby w wieku 18-35 lat stanowiły 73% próby badawczej, natomiast grupa wiekowa 36-50 lat- 23%. Najmniej liczną grupą byli respondenci w wieku 51-65 lat- 4% próby.

Wykres 4. Podział próby ze względu na płeć



Wykres 4. prezentuje podział grupy badawczej ze względu na płeć. Zgodnie z deklaracjami metryczkowymi 66% próby stanowiły kobiety, a 34% mężczyźni.

Badania własne były prowadzone osobiście przez autora niniejszej dysertacji. We wskazanych powyżej miastach i wsiach woj. śląskiego badania sondażowe prowadzono w miejscach publicznych takich jak: urzędy, przychodnie, szpitale, gabinety kosmetyczne, szkoły i uczelnie (za zgodą dyrekcji i kierownictwa poszczególnych placówek). Ze względu na anonimowy charakter badań, dokładne dane placówek nie mogą zostać ujawnione.

4.7. Organizacja i przebieg badań

Procedura badawcza opisana w niniejszej dysertacji obejmowała kilka etapów:

Etap I: Koncepcyjna faza badań- zgłębianie literatury, formułowanie podstaw teoretycznych oraz metodologicznych badań własnych, a także wybór i konstrukcja autorskich narzędzi badawczych (etap realizowany w latach 2013-2014, częściowo także w roku 2015).

Etap II: Przeprowadzenie badań pilotażowych, mających na celu sprawdzenie przygotowanych narzędzi badawczych (etap ten został zrealizowany na przełomie września i października 2014 roku, na próbie liczącej 20 osób).

Etap III: Zasadnicza faza badań:

Przeprowadzenie badań diagnostyczno- weryfikacyjnych (etap był realizowany od marca 2016 roku do marca 2017 roku)

Etap IV: Obróbka zebranych danych- analiza statystyczna oraz interpretacja (etap realizowany kwietnia 2017 roku- stycznia 2018 roku).

Zebrany w toku badań ilościowych materiał, został poddany analizie statystycznej, z wykorzystaniem metod opisu statystycznego oraz wnioskowania statystycznego. Do obliczeń statystycznych wykorzystano arkusz kalkulacyjny Microsoft Excel oraz pakiet statystyczny STATISTICA. W części diagnostycznej zastosowano analizę częstości odpowiedzi ogółem oraz w podziale na poszczególne kategorie różnicujące próbę. W celu porównania, czy owe kategorie istotnie różnicują odpowiedzi, zastosowano test na niezależność χ^2 (chi-kwadrat). Ponadto w kolejnym etapie analizy obliczono statystyki opisowe (klasyczne i pozycyjne) takie jak: średnia, odchylenie standardowe, mediana, kwartył

pierwszy, kwartyl trzeci, wartość minimalna i maksymalna. Zarówno rozkład częstości odpowiedzi, jak i statystyki opisowe, pozwoliły na dokonanie diagnozy w ramach przyjętej problematyki badawczej (dotyczącej zachowań zdrowotnych, postrzegania własnego ciała oraz sposobu percepcji zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej).

Z kolei w części weryfikacyjnej, w celu porównania poziomu badanych zmiennych w podziale na płeć, zastosowano test U Manna-Whitneya. Nie zastosowano testów parametrycznych ze względu na brak normalności rozkładu zmiennych sprawdzonych testem Shapiro Wilka. W przypadku testu U Manna Whitneya, jedynym założeniem jest fakt, że badane zmienne są zmiennymi ciągłymi i jest to zarazem najmocniejszy test wśród testów nieparametrycznych. Zaś dla wykształcenia, wieku i miejsca zamieszkania, zastosowano odpowiednik dla parametrycznej analizy wariancji (która także wymaga normalności rozkładu zmiennych) - test Kruskala Wallisa (nieparametryczna analiza wariancji). W przypadku obu zastosowanych testów nieparametrycznych hipoteza zerowa głosi, że rozkłady z obu populacji są takie same, a więc w przypadku jej odrzucenia można wnioskować, że istnieją różnice pomiędzy poszczególnymi kategoriami. W przypadku, gdy wykaże się różnice w rozkładzie, można na podstawie statystyk opisowych (najlepiej pozycyjnych np. mediana) wnioskować, gdzie dany parametr jest wyższy, a gdzie niższy. Zależności pomiędzy zmiennymi agregacyjnymi (ciągłymi) sprawdzono obliczając nieparametryczny współczynnik korelacji tau Kendalla.

We wszystkich testach przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$. Jest to prawdopodobieństwo błędu pierwszego rodzaju tzn. odrzuceniu hipotezy zerowej, chociaż jest prawdziwa. W całej dysertacji różnice statystycznie istotne (istotne) przyjmuje się dla prawdopodobieństwa obserwowanego mniejszego od 0,05. Jednak w wynikach podano prawdopodobieństwo obserwowane (rzeczywiste).

Z kolei pytania otwarte poddano kodowaniu, które nastąpiło według klucza opracowanego przez badacza. Następnie dokonano interpretacji wyników badań ilościowych, czyli nadano teoretyczne znaczenia wyjaśnieniom wyprowadzonym z owej analizy statystycznej.

Etap V: Formułowanie wniosków, rekomendacji oraz postulatów dla praktyki pedagogicznej płynących z przeprowadzonej analizy i interpretacji badań (etap realizowany od kwietnia do czerwca 2018 roku).

Przeprowadzona została zatem ilościowa i jakościowa analiza wyników badań oraz weryfikacja hipotez, co pozwoliło wysnuć ogólne wnioski płynące z badań, dotyczące zarówno zachowań zdrowotnych, jak i postrzegania ciała i percepcji zjawisk obecnych

w przekazach kultury masowej przez mieszkańców województwa śląskiego oraz zależności między owymi zmiennymi. Przeprowadzona diagnoza i weryfikacja, poddana następnie dogłębnej interpretacji pod kątem przyjętej problematyki badawczej, pozwoliła na sformułowanie konkretnych postulatów i rekomendacji dla praktyki pedagogicznej (pod kątem opisywanych zagadnień).

Część III.

Zachowania zdrowotne mieszkańców województwa śląskiego, ich sposób postrzegania własnego ciała a percepcja zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej- analiza i interpretacja badań diagnostyczno- weryfikacyjnych

Rozdział 5. Postrzeganie ciała i zachowania zdrowotne mieszkańców województwa śląskiego- analiza i interpretacja badań diagnostycznych

Rozdział ten dotyczy analizy i interpretacji zagadnień skupionych wokół pierwszego ogólnego problemu badawczego typu diagnostycznego, a mianowicie zachowań zdrowotnych mieszkańców województwa śląskiego oraz ich sposobu postrzegania własnego ciała. Przeanalizowano zatem dane empiryczne uzyskane za pomocą autorskiego narzędzia *Kwestionariusz Podejmowanych Zachowań Zdrowotnych*. Każdy podrozdział odpowiada na kolejne pytania badawcze szczegółowe, co z kolei pozwala na uzyskanie pełnej diagnozy w zakresie postrzegania ciała oraz zachowań zdrowotnych zgodnych z klasyfikacją przyjętą w niniejszej dysertacji (zachowania związane z odżywianiem, aktywnością fizyczną i dbałością o ciało, zachowania seksualne, zachowania związane z korzystaniem z używek, zachowania prewencyjne oraz związane ze zdrowiem psychospołecznym).

Poszczególne pytania z kwestionariusza zostały przeanalizowane pod względem rozkładu odpowiedzi ogółem, a także w podziale na płeć. Ponadto najistotniejsze z punktu widzenia problematyki badawczej kwestie, dotyczące *stricto* zachowań zdrowotnych przeanalizowano także w podziale na poszczególne zmienne pośredniczące (wiek, miejsce

zamieszkania i wykształcenie). W zakresie owych zmiennych przeprowadzono także test nieparametryczny chi- kwadrat, a za pośrednictwem prawdopodobieństwa obserwowanego (p) określono, czy występują zależności między poszczególnymi zmiennymi pośredniczącymi a udzielanymi odpowiedziami. Przyjęto zatem, iż jeśli prawdopodobieństwo obserwowane p , jest mniejsze od założonego poziomu istotności (0,05) to hipotezę zerową (testu chi kwadrat), mówiącą o braku zależności między analizowanymi zmiennymi, odrzuca się na rzecz hipotezy alternatywnej, wskazującej na występowanie zależności. Natomiast, jeśli p jest większe od 0,05, wówczas nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej testu chi kwadrat. Z kolei, gdy p jest większe od 0,05, ale mniejsze od 0,1, to w prawdzie nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej testu chi kwadrat, ale można zauważyć tendencję do różnic (choć statystycznie nieistotną) w zakresie udzielanych odpowiedziach w poszczególnych kategoriach analitycznych.

Pierwszy podrozdział dotyczy sposobu postrzegania własnego ciała przez mieszkańców województwa śląskiego i stanowi niejako fundament do dalszej diagnozy zachowań zdrowotnych mieszkańców województwa śląskiego.

5.1. Postrzeganie własnego ciała przez mieszkańców województwa śląskiego

Kwestia postrzegania ciała jest niezwykle istotna i ma związek właściwie ze wszystkimi zachowaniami zdrowotnymi, bowiem jak pisze O. Weiss „świadomość zdrowia, opiera się na świadomości ciała”⁴¹⁰. Zatem właściwy sposób postrzegania własnego ciała oraz adekwatny do rzeczywistości obraz ciała, determinuje zachowania zdrowotne, które przecież są niejako wykonywane względem własnego ciała.

Samo postrzeganie ciała jest uwarunkowane zarówno czynnikami kulturowymi, jak i społecznymi. Czynniki te z kolei ulegają swoistej ewolucji, w związku z przemianami dokonującymi się w danym społeczeństwie i kulturze. Postrzeganie ciała ma również związek z koniecznością dostosowywania jego funkcji i kształtu do przyjętych norm i kanonów. Jak wykazano w części teoretycznej- w społeczeństwie współczesnym szczególnie silny wpływ na owe normy oraz kanony mają przekazy kultury masowej⁴¹¹. Każdego dnia za

⁴¹⁰ O. Weiss, Świadomość na temat własnego ciała i zdrowia w nowoczesnym społeczeństwie, Lider (6) 1996, s. 5-7.

⁴¹¹ B. Woynarowska, Edukacja do dbałości o ciało, w: Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka, red. B. Woynarowska, wyd. PWN, Warszawa 2018, s. 293.

pośrednictwem mediów docierają do ludzi setki obrazów zawierających postaci o nieskazitelnym wyglądzie. Pod wpływem wielokrotnej ekspozycji owego wzorca lansowanego przez kulturę masową, jednostki internalizują obowiązujące w mediach ideały atrakcyjności, co z kolei może kształtować ich wizerunek ciała rozumiany, jako pewne wyobrażenie danej osoby o swoim ciele. Zgodnie z teorią społecznego porównywania się L. Festingera odbiorcy zestawiają własny wygląd zewnętrzny z obrazami medialnymi. Wskutek takich porównań odbiorcy mogą zacząć wyolbrzymiać własne mankamenty, co z kolei może prowadzić do rosnącej dyssatisfakcji ze swojego wyglądu⁴¹². Ponadto zgodnie z badaniami Z. Melosika i M. Cyłkowskiej- Nowak, współcześnie młodzi ludzie uznają wygląd zewnętrzny za bardzo ważny lub nawet decydujący dla poczucia własnej wartości⁴¹³. Biorąc pod uwagę powyższe, postanowiono przeanalizować w tym zakresie takie kwestie jak: zadowolenie ze swojego wyglądu mieszkańców województwa śląskiego; chęć zmiany swojego ciała; czynniki wpływające na ocenę swojego wyglądu; środki za pośrednictwem których mieszkańcy województwa śląskiego chcieliby dokonać ewentualnych zmian w wyglądzie. W diagnozie sposobu postrzegania ciała przez mieszkańców województwa śląskiego, wzięto także pod uwagę podane w metryczce informacje na temat wagi oraz wzrostu i obliczono wartość wskaźnika BMI (z ang. *Body Mass Index*) dla każdego respondenta, w celu konfrontacji tego wskaźnika ze wskazanym w kwestionariuszu rysunkiem ilustrującym budowę ciała. Dzięki temu udało się ustalić, czy obraz własnego ciała jaki posiadają mieszkańcy województwa śląskiego jest zgodny z ich rzeczywistym wyglądem. Wskaźnik BMI dla każdego respondenta postanowiono obliczyć także ze względu na fakt, iż zgodnie z badaniami GUS z 2014 r. zbyt dużą masę ciała ma już 62% Polaków i 46% Polek. Proporcje masy ciała do wzrostu kwalifikują wskaźnik BMI co 6. mężczyzny i co 7. kobiety w Polsce do kategorii otyłości⁴¹⁴. Warto zatem dowiedzieć się, jak sytuacja wygląda w wypadku mieszkańców województwa śląskiego.

Pierwszą przeanalizowaną kwestią było ogólne zadowolenie ze swojego wyglądu- szczególne dane zawiera poniższa tabela.

⁴¹² por. K. Borzucka- Sitkiewicz, Socjokulturowe determinanty wizerunku ciała a gotowość do podejmowania ryzykowanych zachowań w celu poprawienia swojego wyglądu, w: Psychospołeczne i środowiskowe konteksty zdrowia i choroby... op. cit., s. 84-85.

⁴¹³ M. Cyłkowska- Nowa, Z. Melosik, Współczesna młodzież: ciało, zdrowie i kultura popularna. W: Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji..., op.cit., s. 250-254.

⁴¹⁴ GUS, Zdrowie i zachowania zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r, Warszawa 2015, s. 1..

Tabela 8. Zadowolenie respondentów z własnego wyglądu zewnętrznego

Zadowolenie z wyglądu		Tak	Nie	Brak odpowiedzi
Płeć	Kobieta	55,3%	44,7%	0,0%
	Mężczyzna	69,8%	30,2%	0,0%
	Razem	60,2%	39,8%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	66,1%	33,9%	0,0%
	Średnie	57,4%	42,6%	0,0%
	Wyższe	63,8%	36,3%	0,0%
Wiek	18-35	60,3%	39,7%	0,0%
	36-50	59,8%	40,2%	0,0%
	51-65	60,0%	40,0%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	61,1%	38,9%	0,0%
	Średnie miasto	63,6%	36,4%	0,0%
	Duże miasto	58,8%	41,2%	0,0%
	Razem	60,2%	39,8%	0,0%
		χ^2	p	
	Płeć	7,487	0,006	
	Wykształcenie	2,100	0,350	
	Wiek	0,007	0,996	
	Miejsce zamieszkania	0,255	0,880	

źródło: opracowanie własne

Ogólnie rzecz biorąc mieszkańcy województwa śląskiego są w większości (60,2%) zadowoleni ze swojego wyglądu. Na brak zadowolenia z wyglądu wskazało ogółem niecałe 40% respondentów. Zaś w podziale ze względu na płeć widać większy udział procentowy (prawie 70%) mężczyzn w zadowoleniu ze swojego wyglądu w porównaniu z kobietami (55,3%). Zatem mieszkanki województwa śląskiego są częściej niezadowolone z tego jak wyglądają- taką odpowiedź wskazało bowiem prawie 45% ankietowanych kobiet. Zależność tę potwierdza także analiza prawdopodobieństwa obserwowanego, które w tym wypadku wynosi 0,006 ($p < 0,05$). Biorąc zaś pod uwagę kategorię wykształcenia- największy poziom zadowolenia ze swojego wyglądu wykazują osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym. Natomiast kategoryzacja z uwzględnieniem wieku respondentów wskazuje, iż nie ma znaczących różnic w odczuwaniu zadowolenia ze swojego wyglądu w poszczególnych grupach wiekowych (nieco większy odsetek osób zadowolonych ze swojego wyglądu występuje w grupie wiekowej 18-35 lat). Z kolei pod względem miejsca zamieszkania- najbardziej zadowoleni ze swojego wyglądu są mieszkańcy średnich miast, a najmniej- dużych miast (jednak we wszystkich kategoriach różnice procentowe są niewielkie).

Porównując wyniki badań własnych do tych prowadzonych przez CBOS w 2017 roku można stwierdzić, że mieszkańcy województwa śląskiego rzadziej wyrażają zadowolenie z tego jak wyglądają niż Polacy ogółem. Bowiem zgodnie ze wspomnianymi badaniami, ponad 75% Polaków wyraża zadowolenie ze swojego wyglądu zewnętrznego. Częściej na swoje niezadowolenie wskazują kobiety niż mężczyźni, podobnie jak w wypadku mieszkańców województwa śląskiego. Badania CBOS wskazują na niezadowolenie ze swego wyglądu 25% kobiet i 16% mężczyzn⁴¹⁵. Widać zatem zależność podobną do tej wykazanej w badaniach własnych, jednak odsetek osób niezadowolonych ze swego wyglądu w tym wypadku jest dużo mniejszy.

W dalszej kolejności analizie poddano obraz własnego ciała mieszkańców województwa śląskiego. W tym celu posłużono się graficzną ilustracją sylwetek kobiet i mężczyzn o różnej budowie- każdą sylwetkę przypisać można do określonej wartości wskaźnika BMI. Przyjęto zatem, iż rys.1 i 2 oznaczają BMI <20 (niedowaga); rys. 3 i 4- BMI 20-25 (waga normalna); rys. 5 i 6- BMI 26-29 (lekka nadwaga); rys. 7 i 8- BMI 30-37 (nadwaga); rys. 9 - BMI >37 (otyłość). Szczegółowe dane na temat wybranych przez respondentów sylwetek przedstawia tabela poniżej

Tabela 9. Obraz własnego ciała w percepcji badanych

Obraz ciała		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Płeć	Kobieta	4,7%	21,2%	24,3%	17,6%	14,1%	10,6%	5,1%	2,0%	0,4%
	Mężczyzna	0,8%	11,6%	38,8%	17,1%	13,2%	13,2%	3,9%	1,6%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	1,6%	9,7%	25,8%	22,6%	9,7%	24,2%	4,8%	1,6%	0,0%
	Średnie	5,0%	18,6%	31,4%	19,4%	11,2%	8,7%	3,7%	1,7%	0,4%
	Wyższe	0,0%	22,5%	25,0%	7,5%	25,0%	10,0%	7,5%	2,5%	0,0%
Wiek	18-35	4,6%	20,2%	36,5%	18,8%	9,2%	6,0%	2,5%	1,8%	0,4%
	36-50	0,0%	11,5%	6,9%	16,1%	25,3%	27,6%	10,3%	2,3%	0,0%
	51-65	0,0%	13,3%	20,0%	0,0%	33,3%	20,0%	13,3%	0,0%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	3,8%	21,6%	33,2%	15,4%	8,7%	9,1%	5,8%	1,9%	0,5%
	Średnie miasto	9,1%	18,2%	9,1%	18,2%	27,3%	18,2%	0,0%	0,0%	0,0%
	Duże miasto	2,4%	13,3%	25,5%	20,0%	19,4%	13,9%	3,6%	1,8%	0,0%
	Razem	3,4%	18,0%	29,2%	17,4%	13,8%	11,5%	4,7%	1,8%	0,3%
		χ^2	p							
	Płeć	16,286	0,038							
	Wykształcenie	39,024	0,001							
	Wiek	89,814	0,000							
	Miejsce zamieszkania	24,277	0,084							

źródło: opracowanie własne

⁴¹⁵ CBOS Komunikat z badań, Czy jesteśmy zadowoleni ze swojego wyglądu? nr 104/2017, Warszawa 2017, s. 5-6.

Analizując odpowiedzi ogółem, łącznie w sumie 46,6% mieszkańców województwa śląskiego wskazało, że ich sylwetka przypomina ilustracje numer 3 i 4, które można przypisać do BMI odpowiadającego normie. W podziale ze względu na płeć widać, że więcej mężczyzn (prawie 56%) niż kobiet (prawie 42%) wybrało właśnie ilustracje odpowiadające BMI na poziomie normy. Z kolei biorąc pod uwagę kategoryzację ze względu na poziom wykształcenia- ponad 48% respondentów z wykształceniem podstawowym lub zawodowym deklaruje, iż ich sylwetki odpowiadają BMI w normie. Podobnie rzecz się ma w wypadku osób z wykształceniem średnim- ponad 50% osób z tej grupy wybrało ilustracje nr 3 lub 4. Natomiast nieco inaczej wygląda obraz ciała mieszkańców województwa śląskiego z wykształceniem wyższym – otóż w tej grupie tylko ponad 32% osób wybrało rysunek sylwetki odpowiadającej BMI na poziomie normy. Analizując wybór rysunków sylwetek odpowiadających BMI na poziomie normy z uwzględnieniem kategorii wieku, zauważyć można, iż osoby w wieku 18-35 lat w ponad 55% dokonały takiego wyboru. Zaś w przedziale wiekowym 36-50 lat wyboru rysunków nr 3 i 4 dokonało tylko 23% badanych. Natomiast w grupie wiekowej 51-65 lat wyboru rysunków odpowiadających BMI na poziomie normy dokonało najmniej ankietowanych- tylko 20%. Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania respondentów zauważyć można, iż mieszkańcy wsi w największym odsetku dokonali wyboru rysunków 3 i 4, z kolei najrzadziej wybory takiego dokonywali mieszkańcy średnich miast.

Odnosząc się do rysunków nr 1 i 2, łącznie prawie 26% kobiet i ponad 12% mężczyzn opisało swoją budowę ciała za pomocą ilustracji nr 1 i 2 odpowiadającej niedowadze. W kategorii wykształcenia największy odsetek osób deklarujących taką budowę ciała występuje wśród osób z wykształceniem średnim. Zaś Biorąc pod uwagę wiek mieszkańców województwa śląskiego- najwięcej osób w przedziale wiekowym 18-35 lat dokonało wyboru rysunków nr 1 i 2. Natomiast kategoryzując deklarowaną przez respondentów budowę ciała z uwzględnieniem miejsca zamieszkania- rysunek nr 1 i 2 wybrało najwięcej osób zamieszkujących średnie miasta.

Z kolei ilustracje nr 5 i 6 odnoszące się do lekkiej nadwagi, wybrało łącznie 24,7 % kobiet i 26,4% mężczyzn. Biorąc zaś pod uwagę poziom wykształcenia- największy odsetek osób, które wybrały rysunek nr 5 i 6 to osoby z wykształceniem wyższym. Natomiast kategoryzacja ze względu na wiek badanych wskazuje, iż ponad 53% respondentów w wieku 51-65 lat (największy odsetek w kategorii wieku) dokonało wyboru rysunku nr 5 lub 6. Podobnie mieszkańcy średnich miast najczęściej wskazywali na ilustracje 5 lub 6 jako najlepiej obrazujące ich sylwetki.

Znaczną nadwagę stwierdziło u siebie 7,1% kobiet i 4,5% mężczyzn- wybierając ilustracje 7 i 8. W kategorii wykształcenia największy odsetek respondentów dokonujących takiego wyboru to osoby z wykształceniem wyższym, zaś odnosząc się do wieku badanych- najczęściej wybory ilustracji nr 7 i 8 dokonywali respondenci w przedziale wiekowym 51-65 lat. Natomiast w kategorii miejsca zamieszkania największy odsetek osób, które wybrało rysunki wskazujące na znaczną nadwagę, występuje wśród respondentów zamieszkujących wieś i małe miasta.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego wskazuje na występowanie zależności między obrazem ciała a kategorią płci, wieku oraz wykształcenia.

W dalszej kolejności przeanalizowano wartość wskaźnika BMI mieszkańców województwa śląskiego ogółem, w podziale ze względu na płeć oraz biorąc pod uwagę zadowolenie ze swojego wyglądu, co z kolei pozwoli określić, czy zadowolenie z wyglądu jest skorelowane z wartością wskaźnika BMI.

Tabela 10. Wartości wskaźnika BMI badanych ze względu na zadowolenie ze swojego wyglądu- ogółem

Zadowolenie z wyglądu	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
Tak	231	22,73	3,66	0,24	16,61	20,05	22,20	24,98	34,60
Nie	153	24,56	4,94	0,40	14,98	20,91	23,88	27,47	41,52
Ogółem	384	23,46	4,30	0,22	14,98	20,31	22,86	25,75	41,52

źródło: opracowanie własne

W analizie wskaźnika BMI mieszkańców województwa śląskiego posłużono się statystykami opisowymi oraz pozycyjnymi. Średni wskaźnik BMI mieszkańców województwa śląskiego wynosi 23,46, czyli mieści się w granicy normy. Wartość tego wskaźnika odchyła się od wartości przeciętnej średnio o 4,3. Przynajmniej 25% respondentów ma wartość BMI poniżej 20,31, zaś wartość BMI przynajmniej 50% ankietowanych znajduje się poniżej 22,86. Biorąc pod uwagę wartość Q75 (kwartyl trzeci)- przynajmniej 75% respondentów ma wartość BMI poniżej 25,75.

Średnia wartość wskaźnika BMI dla osób zadowolonych ze swojego wyglądu wynosi 22,73, a tych niezadowolonych- 24,56- jest zatem wyższa, ale nadal mieści się w normie. Można zatem stwierdzić, iż osoby wskazujące, iż nie są zadowolone ze swojego wyglądu mają średnio wyższe BMI.

Tabela 11. Wartości wskaźnika BMI badanych ze względu na zadowolenie ze swojego wyglądu- kobiety

Zadowolenie z wyglądu	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
Tak	141	21,59	3,47	0,29	16,61	19,14	20,45	22,91	34,60
Nie	114	23,80	5,01	0,47	14,98	20,70	22,98	26,62	41,52
Ogółem	255	22,58	4,36	0,27	14,98	19,49	21,60	24,46	41,52

źródło: opracowanie własne

W wypadku kobiet przeciętnie wartość BMI wynosi 22,58, czyli jest w normie. Wartość tego wskaźnika dla kobiet odchyła się od wartości przeciętnej dla tej grupy o 4,36. Przynajmniej 25% kobiet ma BMI poniżej 19,49, czyli wartość tego wskaźnika dla znacznej części badanych znajduje się poniżej normy i oznacza niedowagę. Wartość tego wskaźnika dla przynajmniej 50% kobiet wynosi mniej niż 21,6, a przynajmniej 75% z nich ma BMI poniżej 24,46. Średni wskaźnik BMI dla kobiet zadowolonych ze swojego wyglądu wynosi 21,59, a tych niezadowolonych- 23,8, zatem kobiety, które stwierdziły, iż są niezadowolone ze swojego wyglądu mają wyższy wskaźnik BMI.

Tabela 12. Wartości wskaźnika BMI badanych ze względu na zadowolenie ze swojego wyglądu- mężczyźni

Zadowolenie z wyglądu	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
Tak	90	24,52	3,21	0,34	19,03	22,40	23,67	25,99	33,74
Nie	39	26,79	4,01	0,64	20,78	22,89	27,46	30,84	33,95
Ogółem	129	25,21	3,61	0,32	19,03	22,53	24,69	27,12	33,95

źródło: opracowanie własne

Biorąc pod uwagę wskaźnik BMI mężczyzn, średnio wynosi on 25,21, czyli lekko przekracza normę (o 0,21). W tym wypadku odchylenie standardowe wynosi 3,61. Przynajmniej 25% mężczyzn ma BMI poniżej 22,53, a przynajmniej 50%- poniżej 24,69. Z kolei jak wskazuje kwartył trzeci- przynajmniej 75% z nich ma BMI poniżej 27,12. Widać również, że w tym wypadku także wartość wskaźnika BMI jest wyższa dla mężczyzn niezadowolonych ze swojego wyglądu (średnio wynosi 26,79, czyli znacznie przekracza normę i oznacza nadwagę). Mężczyźni zadowoleni ze swojego wyglądu mają przeciętnie BMI równe 24,52, czyli mieszczące się w normie.

Kolejna tabela zawiera rozkład częstości wskazań poszczególnych rysunków ilustrujących budowę ciała w podziale na poszczególne kategorie rzeczywistego BMI mieszkańców województwa śląskiego.

Tabela 13. Zależność pomiędzy obrazem ciała badanych a ich skategoryzowanym rzeczywistym BMI

	Obraz ciała									
Rzeczywiste skategoryzowane BMI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Wiersz
Niedowaga	84,6%	44,9 %	25,9 %	9,0%	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20,3%
Norma	15,4%	49,3 %	72,3 %	80,6 %	64,2 %	31,8 %	5,6%	0,0%	0,0%	57,3%
Lekka nadwaga	0,0%	2,9 %	1,8%	6,0%	28,3 %	34,1 %	22,2 %	28,6 %	100,0%	11,7%
Nadwaga	0,0%	2,9 %	0,0%	4,5%	5,7%	34,1 %	72,2 %	71,4 %	0,0%	10,7%

źródło: opracowanie własne

Analizując rzeczywiste skategoryzowane BMI osób, które wybrały rysunek nr 1 jako ilustrację własnej sylwetki (rysunek odnoszący się do niedowagi) zauważyć można, iż prawie 85% osób z tej grupy rzeczywiście ma niedowagę, a 15,4% ma wagę w normie. Prawie 45% osób, które wybrały rysunek nr 2 (również odnoszący się do niedowagi) rzeczywiście ma niedowagę, 49,3%- wagę w normie, a po 2,9% osób ma lekką nadwagę oraz nadwagę. Zatem znaczna część osób postrzega swoją sylwetkę jako nieco szczuplejszą niż jest w rzeczywistości.

Analizując odsetek osób, które wybrały rysunek nr 3 jako ilustrację własnej sylwetki (rysunek odnoszący się do wagi w normie), zauważyć można, że 26% osób z tej grupy ma niedowagę, ponad 72% ma wagę w normie, zaś 1,8% osób z tej grupy ma lekką nadwagę. Z kolei osoby wybierające rysunek nr 4 (również odnoszący się do wagi w normie) w 80,6% mają wagę adekwatną do dokonanego wyboru. Z kolei 9% osób ma niedowagę, 6%- lekką nadwagę, a 4,5%- nadwagę. Zatem w wypadku wyboru rysunków 3 i 4 pojawiają się tutaj osoby zarówno zaniżające jak i zawyżające własną wagę.

Rysunek nr 5 (ilustrujący lekką nadwagę) wybrało 64,2% osób z wagą w normie, 28,3% z lekką nadwagę (w wypadku tych osób wybór okazuje się trafny), 5,7% osób z nadwagą i 1,9%- z niedowagą. Z kolei rysunek nr 6 (również lekka nadwaga) wybrało prawie 32% osób z wagą w normie i po 34,1% z lekką nadwagą oraz nadwagą. Znaczna część osób z lekką nadwagą ma zatem tendencje do zawyżania swojej rzeczywistej wagi.

Analizując skategoryzowane BMI osób, które wybrały rysunek nr 7 (odnoszący do nadwagi) tutaj aż 72% osób rzeczywiście ma nadwagę, czyli ich obraz ciała jest adekwatny do rzeczywistości. 22,2% osób z tej grupy ma lekką nadwagę, a tylko 5,6% zawyżało znacznie swoją rzeczywistą wagę- odsetek ten ma bowiem wagę w normie. W wypadku rysunku nr 8 (nadwaga) również większość osób dokonała wyboru adekwatnego do rzeczywistości- 71,4%

osób z tej grupy rzeczywiście ma nadwagę. 28,6% osób zawyżyło nieco swoją wagę- ta część osób ma bowiem w rzeczywistości lekką nadwagę.

Z kolei osoby, które wybrały rysunek nr 9 ilustrujący znaczną nadwagę w 100% zawyżyły znacznie swoją rzeczywistą wagę- mają bowiem wskaźnik BMI odpowiadający lekkiej nadwadze.

Dodatkowo przeanalizowano również zależność między zadowoleniem z własnego wyglądu oraz wybranym rysunkiem ilustrującym budowę ciała, a rzeczywistym skategoryzowanym BMI mieszkańców województwa śląskiego ogółem.

Tabela 14. Zależność pomiędzy zadowoleniem z wyglądu badanych a ich skategoryzowanym rzeczywistym BMI

	Zadowolenie z wyglądu		
Rzeczywiste skategoryzowane BMI	Tak	Nie	Razem
Niedowaga	24,2%	14,4%	20,3%
Norma	61,5%	51,0%	57,3%
Lekka nadwaga	8,7%	16,3%	11,7%
Nadwaga	5,6%	18,3%	10,7%
Razem	100%	100%	100%

	Zadowolenie z wyglądu		
Rzeczywiste skategoryzowane BMI	Tak	Nie	Razem
Niedowaga	56	22	78
Norma	142	78	220
Lekka nadwaga	20	25	45
Nadwaga	13	28	41
Ogółem	231	153	384

źródło: opracowanie własne

Można zauważyć, że 61,5% osób deklarujących zadowolenie z własnego ciała charakteryzuje się wagą w normie (na podstawie wskaźnika BMI). Z kolei 24,2% osób z tej grupy ma niedowagę, 8,7% lekką nadwagę, a 5,6% nadwagę. Biorąc pod uwagę deklarowany brak zadowolenia z własnego wyglądu- aż 51% osób z tej grupy ma wagę w normie, 18,3%- nadwagę, 16,3% lekką nadwagę, a 14,4% niedowagę. Powyższa analiza wskazuje, iż największa część osób deklarujących brak zadowolenia z własnego wyglądu ma wskaźnik BMI sugerujący właściwą wagę- prawdopodobnie nie ma zatem powodów do odczuwania takiego niezadowolenia. Jednak fakt, iż osoby te nie akceptują swojego wyglądu w pełni może wynikać właśnie z porównywania się z promowanym za pośrednictwem przekazów medialnych ideałem szczupłej, nieskazitelnej sylwetki.

Warto również przyjrzeć się bliżej rozkładowi skategoryzowanego rzeczywistego BMI mieszkańców województwa śląskiego- 57,3% badanych ma wagę w normie, 20,3% z kolei ma niedowagę, zaś 11,7%- lekką nadwagę, a 10,7%- nadwagę. Zatem waga mieszkańców

województwa śląskiego ogółem mieści się w normie i w większości nie stanowi czynnika ryzyka chorób cywilizacyjnych.

Obliczona również współczynnik korelacji tau Kendalla dla wskaźnika BMI badanych oraz wskazanego przez nich obrazu ciała w celu wykrycia ewentualnej zależności między tymi zmiennymi. Tabelę z wartościami współczynnika korelacji znaleźć można w aneksie 4.

Wartość współczynnika korelacji (0,56) wskazuje na umiarkowaną dodatnią korelację, co oznacza, że wraz ze wskazaniem sylwetki grubszej- rośnie wartość BMI. Można to zatem uznać za raczej wysoką zgodność, czyli respondenci na ogół prawidłowo ocenili swoją budowę ciała. Można również stwierdzić, iż obraz własnego ciała u kobiet jest nieznacznie bliższy rzeczywistym wartościom BMI niż u mężczyzn.

W dalszej kolejności przeanalizowano kwestie związane z czynnikami wpływającymi na ocenę własnego wyglądu, chęć dokonania ewentualnych zmian w wyglądzie, wybrane środki mające służyć do tych zmian oraz motywy ewentualnego poddania się rozpowszechnionym w dobie obecnej zabiegom medycyny estetycznej.

Tabela 15. Ewentualne zmiany w wyglądzie, czynniki mające wpływ na ocenę wyglądu, wybrane środki służące do zmiany wyglądu, chęć oraz motywy ewentualnej możliwości poddania się zabiegom medycyny estetycznej przez badanych (zbiorczo)

Zmiany w wyglądzie		Tak	Nie	Brak odp			
	Kobieta	64,7%	35,3%	0,0%			
	Mężczyzna	48,1%	51,9%	0,0%			
	Razem	59,1%	40,9%	0,0%			
		χ^2	p				
	Płeć	9,818	0,002				
Czynniki wpływające na ocenę wyglądu		Odbicie w lustrze	Opinia innych	Porównania ze znajomymi	Środki masowego przekazu	Porównania z celebrytami	Brak odp
	Kobieta	77,6%	10,6%	7,8%	2,0%	2,0%	0,0%
	Mężczyzna	74,4%	14,7%	9,3%	1,6%	0,0%	0,0%
	Razem	76,6%	12,0%	8,3%	1,8%	1,3%	0,0%
		χ^2	p				
	Płeć	4,170	0,383				
Wybrane środki służące do zmiany wyglądu		Operacja plastyczna	Dieta	Ćwiczenia zdrowe jedzenie, czyli zdrowy styl życia	Brak odp		
	Kobieta	14,1%	21,2%	63,9%	0,8%		
	Mężczyzna	4,7%	9,3%	85,3%	0,8%		
	Razem	10,9%	17,2%	71,1%	0,8%		

		χ^2	p				
	Płeć	19,538	0,000				
Chęć poddania się zabiegom		TAK	NIE	NIE WIEM	Brak odp		
Płeć	Kobieta	32,2%	65,1%	2,4%	0,4%		
	Mężczyzna	15,5%	81,4%	2,3%	0,8%		
	Razem	26,6%	70,6%	2,3%	0,5%		
		χ^2	p				
	Płeć	12,182	0,002				
Czynniki wpływające na chęć poddania się zabiegom		Jedyna możliwość zmiany	Takie zabiegi to teraz norma	Moi znajomi się poddają takim zabiegom	Inne (jakie?)	Brak odp	
	Kobieta	52,4%	39,0%	7,3%	0,0%	1,2%	
	Mężczyzna	9,5%	61,9%	23,8%	0,0%	4,8%	
	Razem	43,7%	43,7%	10,7%	0,0%	1,9%	
		χ^2	p				
	Płeć	17,321	0,001				

źródło: opracowanie własne

Chęć dokonania ewentualnych zmian w wyglądzie deklaruje 59,1% mieszkańców województwa śląskiego ogółem. Zmian takich nie chciałoby dokonać prawie 41% z nich. Jednak przeważającą część osób deklarujących chęć zmian w wyglądzie stanowią kobiety- aż 64,7% z nich dokonało takiego wskazania. Z kolei prawie 52% mężczyzn, czyli większość z tej grupy, nie chciałoby zmienić swojego aktualnego wyglądu. Większy udział kobiet w deklarowanej chęci dokonania zmian we własnym wyglądzie wynikać może z faktu, iż spora część tej grupy nie jest zadowolona ze swojego wyglądu (jak wskazała wcześniejsza analiza). Podobną tendencję można zauważyć w badaniach CBOS z 2017 r., gdzie chęć dokonania zmian w swoim wyglądzie zadeklarowało więcej kobiet (aż 54%) niż mężczyzn (39%)⁴¹⁶. Podobnie E. Humeniuk, O. Dąbska, K. Pawlikowaska- Łagód, K. Oberda w swoich badaniach poziomu zadowolenia z wyglądu zewnętrznego w społeczeństwie obszaru Polski Wschodniej wskazują, iż kobiety częściej w porównaniu z mężczyznami wyrażają chęć poddania się zabiegom korygującym, z powodu mniejszego zadowolenia z wyglądu⁴¹⁷.

⁴¹⁶ Ibidem, s. 6.

⁴¹⁷ E. Humeniuk, O. Dąbska, K. Pawlikowaska- Łagód, K. Oberda, Poziomu zadowolenia z wyglądu zewnętrznego w społeczeństwie obszaru Polski Wschodniej, „Journal of Education, Health and Sport” 2016;6(12), 465-474,

A. Zarek z kolei wskazuje, iż taka sytuacja może wynikać oczekiwań społecznych wobec kobiet, które niejako czują się ciągle obserwowane i oceniane, przez co wywierana jest na nie swoista presja, by monitorować swój własny wygląd, oceniać swą atrakcyjność i dążyć do perfekcji⁴¹⁸. Oczywiście owa presja może rodzić frustrację i skłaniać kobiety do poszukiwania różnych sposobów (również niebezpiecznych dla zdrowia) uzyskania upragnionego wyglądu.

Warto również zwrócić uwagę na wartość prawdopodobieństwa obserwowanego ($p=0,002; p<0,05$), które potwierdza zależność między płcią a chęcią dokonania zmian w wyglądzie.

Analizując czynniki mające znaczenie w dokonywaniu oceny własnego wyglądu przez mieszkańców województwa śląskiego, zdecydowana większość (76,6%) wskazała, iż opiera się na tym, co widzi w lustrze. Tylko 12% badanych bierze pod uwagę głównie opinię innych, a 8,3% porównuje się ze swoimi znajomymi. Nie występuje tutaj zróżnicowanie odpowiedzi ze względu na płeć, a wartość prawdopodobieństwa obserwowanego potwierdza brak zależności.

Biorąc pod uwagę czynniki, za pomocą których respondenci chcieliby zmienić swój wygląd- większość z nich (71,1%) dokonałaby tego poprzez zdrowy styl życia, ponad 17% skupiłoby się wyłącznie na diecie, a prawie 11% poddałoby się operacji plastycznej. W wypadku kobiet odsetek wyrażający chęć poddania się operacji jest większy niż w wypadku mężczyzn (14,1% dla kobiet, a 4,7% dla mężczyzn). Większa część kobiet w porównaniu z mężczyznami chciałaby zmienić swój wygląd tylko za pomocą diety, zaś zdecydowana większość mężczyzn (85,2%) zrobiłaby to wdrażając na zdrowy styl życia, czyli stosując zarówno dietę, jak i ćwiczenia. W tym wypadku prawdopodobieństwo obserwowane wynosi 0,000 ($p<0,05$), czyli potwierdza zależność.

Analizując chęć poddania się zabiegom medycyny estetycznej można stwierdzić, że większość (70,6%) mieszkańców województwa śląskiego nie zakłada możliwości poddania się takim zabiegom, a 26,6%- rozważa taką możliwość. W grupie osób zakładających poddanie się zabiegom medycyny estetycznej przeważają kobiety (32,2%). Zaś wśród osób, które nie rozważają takiej możliwości dominują mężczyźni (81,4%). To zróżnicowanie potwierdza wartość prawdopodobieństwa obserwowanego, które wynosi 0,02 ($p<0,05$), co oznacza występowanie zależności między płcią a zakładaniem możliwości poddania się zabiegom medycyny estetycznej- kobiety częściej wyrażają taką chęć w porównaniu z mężczyznami.

⁴¹⁸ por. A. Zarek, Obraz ciała w ujęciu procesu lub obiektu a satysfakcja z własnego ciała, Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, 2009,55,1,100-106.

Warto także bliżej przyjrzeć się czynnikom decydującym o chęci poddania się takim zabiegom. Otóż dla 43,7% decydującym czynnikiem jest fakt, iż operacja stanowi jedyną możliwość zmiany uciążliwej części ciała. Taki sam odsetek (43,7%) wskazał, iż czynnik przesądzający o chęci poddania się zabiegom medycyny estetycznej stanowi współczesna tendencja do poddawania się takim zabiegom (wśród tak zwanych *celebrytów* i zwykłych ludzi). Pozostała część osób wskazała, że chcieliby się poddać takim zabiegom, bo ich znajomi też to robią.

Zdecydowana większość kobiet (52,4%) jako czynnik decydujący wskazała fakt, że zabieg jest jedyną możliwością zmiany nieakceptowanych elementów wyglądu, zaś większość mężczyzn (61,9%) wybrała odpowiedź, iż takie zabiegi stanowią teraz normę wśród ludzi. Prawdopodobieństwo obserwowane wynosi w tym wypadku 0,001 ($p < 0,05$, potwierdza zatem występowanie opisanej wyżej zależności).

Podsumowując zatem niniejszy podrozdział można stwierdzić, iż mieszkańcy województwa śląskiego charakteryzują się raczej adekwatnym do rzeczywistości obrazem ciała. Odczuwają w większości zadowolenie ze swojego wyglądu. Grupę, która jest najbardziej niezadowolona z tego jak wygląda stanowią kobiety. Ponadto mieszkańcy województwa śląskiego oceniając swoje ciało w większości opierają się na tym co widzą w lustrze, a ewentualnej korekty wyglądu najchętniej dokonaliby za pośrednictwem prozdrowotnych sposobów. Wskaźnik BMI zdecydowanej większości badanych mieści się w normie.

Skoro mieszkańcy województwa śląskiego właściwie postrzegają swoje ciało, pojawia się pytanie, jakie zachowania zdrowotne, wywierające przecież bezpośredni wpływ również na ciało i stanowiące element dbałości (lub jej braku) o nie, podejmują mieszkańcy województwa śląskiego. Poniższy podrozdział dotyczy pierwszego rodzaju zachowań zdrowotnych według przyjętej klasyfikacji- zachowań związanych z odżywianiem.

5.2. Zachowania zdrowotne mieszkańców województwa śląskiego w zakresie odżywiania

Kolejny omówiony problem badawczy szczegółowy dotyczy podejmowanych przez mieszkańców woj. śląskiego zachowań w zakresie odżywiania. Nieprawidłowe żywienie stanowi poważny problem w całej Polsce, o czym świadczy fakt, iż jednym z celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007- 2015 była „*Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości*”⁴¹⁹. Podobnie sformułowany cel operacyjny, pojawił się ponownie w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016- 2020, brzmi on: „*Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywiania oraz aktywności fizycznej społeczeństwa*”⁴²⁰.

Uwzględnienie sposobu żywienia w celach operacyjnych NPZ wynika ze zwiększającej się w krajach wysokorozwiniętych oraz rozwijających się, zachorowalności i umieralności na choroby przewlekłe uwarunkowane stylem życia. Należą do nich: choroby układu krążenia, niektóre rodzaje nowotworów złośliwych, cukrzyca typu 2. Te choroby przewlekłe, zwane cywilizacyjnymi, stanowią swoiste wyzwanie dla zdrowia publicznego i są uwzględniane w wielu dokumentach strategicznych. Światowa Organizacja Zdrowia opracowała dokument „*Global strategy on diet, physical activity and health*”, który został przyjęty podczas 57. Światowego Zgromadzenia Zdrowia. Dokument ten zobowiązuje kraje członkowskie do podjęcia działań w celu zmniejszenia liczby zachorowań i zgonów na choroby cywilizacyjne, między innymi poprzez promocję zdrowego stylu życia⁴²¹.

Tymczasem, jak wykazano w rozdziale teoretycznym niniejszej dysertacji, racjonalna i zbilansowana dieta może w znaczącym stopniu przyczyniać się do utrzymywania i potęgowania zdrowia. Jak wskazują liczne badania, nieprawidłowa dieta charakteryzująca się wysoką podażą kalorii, bogata w tłuszcze zwierzęce, tłuszcze trans, czerwone mięso, a uboga w warzywa i owoce może sprzyjać rozwojowi wielu chorób cywilizacyjnych, m.in. schorzeń układu krążenia, czy nowotworów. Z kolei stosowanie się do *piramidy zdrowego żywienia* opracowanej również przez *Instytut Żywności i Żywienia*, gwarantuje odpowiednio

⁴¹⁹ <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2007-2015/> [dostęp 20.12.2017 r.]

⁴²⁰ <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2016-2020/cele-operacyjne-mpz/> [dostęp z dn.20.12.2017 r.]

⁴²¹ por. *Global strategy on diet, physical activity and health*, Fifty-Seventh World Health Assembly. WHA57.17. Agenda item 12.6. 22 May 2004.

zbilansowaną dietę mającą działanie chroniące przed wieloma chorobami⁴²². Dzięki analizie drugiego problemu szczegółowego można będzie stwierdzić, czy zachowania zdrowotne mieszkańców województwa śląskiego w zakresie odżywiania stanowią czynnik ryzyka chorób cywilizacyjnych.

W badaniach własnych biorąc pod uwagę te zachowania, w pierwszej kolejności przeanalizowano praktyki związane z ilością spożywanych posiłków. Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 16. Ilość spożywanych posiłków przez badanych

		1-2	3	4-5	6 i więcej	Brak odp
Płeć	Kobieta	5,9%	29,4%	58,8%	5,9%	0,0%
	Mężczyzna	9,3%	39,5%	44,2%	7,0%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	6,5%	41,9%	43,5%	8,1%	0,0%
	Średnie	7,9%	26,0%	59,9%	6,2%	0,0%
	Wyższe	5,0%	46,3%	43,8%	5,0%	0,0%
Wiek	18-35	6,7%	29,1%	56,0%	8,2%	0,0%
	36-50	9,2%	44,8%	44,8%	1,1%	0,0%
	51-65	0,0%	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	5,8%	28,8%	58,7%	6,7%	0,0%
	Średnie miasto	0,0%	36,4%	36,4%	27,3%	0,0%
	Duże miasto	9,1%	37,6%	49,1%	4,2%	0,0%
	Razem	7,0%	32,8%	53,9%	6,3%	0,0%
		χ^2	p			
	Płeć	7,669	0,053			
	Wykształcenie	15,010	0,020			
	Wiek	14,913	0,021			
	Miejsce zamieszkania	15,547	0,016			

źródło: opracowanie własne

Zdecydowana większość respondentów (prawie 54%) spożywa 4-5 posiłków dziennie, co jest zgodne z zaleceniami *Instytutu Żywności i Żywienia*⁴²³. Prawie 33% respondentów ogółem, spożywa 3 posiłki dziennie. Natomiast biorąc pod uwagę podział odpowiedzi ze

⁴²² B. Tobiasz- Adamczyk: Socjologiczne ujęcie zachowań w zdrowiu w: Od socjologii medycyny do socjologii żywienia, red. B. Tobiasz-Adamczyk, wyd. UJ, Kraków 2013, s. 27.

⁴²³ por. B. Tobiasz- Adamczyk, Socjologiczne ujęcie zachowań w zdrowiu, w: Od socjologii medycyny do socjologii żywienia, red. B. Tobiasz-Adamczyk, wyd. UJ, Kraków 2013, s. 27

względem płci- zdecydowana większość kobiet- prawie 59%- spożywa 4-5 posiłków dziennie, 29,5%- 3 posiłki dziennie, po 5,9% respondentek spożywa kolejno: 1-2 posiłków oraz 6 i więcej posiłków dziennie. Z kolei w wypadku mężczyzn, 44,2% spożywa 4-5 posiłków, prawie 40%- 3 posiłki dziennie, 9,3%- 1-2 posiłków, a 7%- 6 i więcej posiłków dziennie. Analizując inne zmienne, warto zwrócić uwagę, iż wśród respondentów z wyższym wykształceniem dominuje deklaratywne spożywanie tylko 3 posiłków dziennie (46,3% odpowiedzi). Zaś w przedziale wiekowym 36- 50 lat, badani w równym odsetku deklarują spożywanie 3 oraz 4-5 posiłków dziennie (kolejno po niespełna 45% odpowiedzi). Podobnie biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania- respondenci zamieszkujący miasta od 20-100 tys. mieszkańców, w równym odsetku spożywają 3 i 4-5 posiłków dziennie (kolejno po 36,4% odpowiedzi). Widać jednak wyraźnie, iż analizowane zmienne nie różnicują odpowiedzi w sposób znaczący- mieszkańcy województwa śląskiego w większości deklarują spożywanie 4-5 posiłków dziennie, a w drugiej kolejności- 3 posiłków dziennie.

Zgodnie z badaniami zachowań żywieniowych mieszkańców Polski, przeprowadzonymi przez CBOS w 2014 roku, zdecydowana większość Polaków (82%) zjada codziennie, co najmniej trzy posiłki. Co ciekawe, badania prowadzone przez CBOS kolejno w latach od 1998- 2014 wskazują, iż nastąpił niewielki wzrost w odsetku osób spożywających minimum trzy posiłki dziennie mimo, że jak może się wydawać- współczesne szybkie tempo życia temu nie sprzyja⁴²⁴. Potwierdzają to również inne badania CBOS z 2016 roku, zgodnie z którymi 53% Polaków objętych badaniem stwierdziło, że „nigdy lub prawie nigdy” nie zdarza im się spożywać mniej niż 3 posiłki w ciągu dnia⁴²⁵. Zatem, jak wynika z badań własnych mieszkańcy województwa śląskiego wpisują się w pozytywny trend spożywania właściwej liczby posiłków w ciągu dnia, a w porównaniu z badaniami ogólnopolskimi wypadają nawet lepiej, deklarując spożycie 4-5 posiłków dziennie.

Warto zwrócić uwagę, że w badaniach własnych największy odsetek osób spożywających zalecaną liczbę posiłków w ciągu dnia (66,7%), to osoby najstarsze z grupy wylosowanej do badań (w przedziale wiekowym 51-65 lat). Podobną tendencję można zauważyć w badaniach E. Suligi, oceniającej wybrane nawyki żywieniowe osób w wieku 50 lat i więcej. Zgodnie z tymi badaniami, ponad 63% mężczyzn i prawie 50% kobiet deklarowała spożywanie 4-5 posiłków w ciągu dnia⁴²⁶.

⁴²⁴ CBOS Komunikat z badań, Zachowania żywieniowe Polaków, nr 115/2014, Warszawa 2014, s. 3-4.

⁴²⁵ CBOS Komunikat z badań, Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków, nr 138/2016, Warszawa 2016, s. 11-12.

⁴²⁶ E. Suliga, Zachowania zdrowotne związane z żywieniem osób dorosłych i starszych, *Hygeia Public Health*, 2010, 45(1); 44-48.

Biorąc pod uwagę ewentualne zależności między liczbą spożywanych posiłków, a poszczególnymi zmiennymi pośredniczącymi, prawdopodobieństwo obserwowane p jest mniejsze od 0,05 dla kategorii: wiek, wykształcenie i miejsce zamieszkania- między tymi zmiennymi, a ilością spożywanych posiłków w ciągu dnia występuje zależność, bowiem hipotezę zerową odrzucono w tym wypadku na rzecz hipotezy alternatywnej. Zatem analizując rozkład częstości odpowiedzi oraz prawdopodobieństwo obserwowane, 4-5 posiłków najczęściej spożywają osoby ze średnim wykształceniem, te mieszkające na wsiach lub w małych miastach oraz mieszkańcy województwa śląskiego w przedziale wiekowym 51-65 lat. Natomiast w kategorii płci, zależność nie występuje ($p > 0,05 < 0,1$), ale zauważyć można tendencję do różnic w odpowiedziach kobiet i mężczyzn (kobiety częściej deklarowały spożycie 4-5 posiłków).

Kolejną przeanalizowaną kwestią były odstępy czasowe między posiłkami. Zgodnie z zaleceniami poszczególne posiłki powinny być spożywane regularnie, w odpowiednich odstępach czasu- u ludzi dorosłych, najlepiej co 4 (maksymalnie 5) godzin , by nie doprowadzić do zbyt dużego spadku poziomu glukozy we krwi i utrzymać odpowiednie tempo metabolizmu⁴²⁷.

Tendencje w zakresie deklarowanych odstępów czasowych między spożywanymi posiłkami obrazuje poniższa tabela.

Tabela 17. Odstępy czasowe między posiłkami mieszkańców województwa śląskiego

		2-3 h	4 h	5 h	6 h i więcej	Brak odp
Płeć	Kobieta	37,6%	41,6%	15,7%	5,1%	0,0%
	Mężczyzna	31,8%	34,9%	21,7%	11,6%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	22,6%	51,6%	17,7%	8,1%	0,0%
	Średnie	40,1%	36,8%	16,9%	6,2%	0,0%
	Wyższe	32,5%	37,5%	20,0%	10,0%	0,0%
Wiek	18-35	38,3%	37,6%	16,0%	8,2%	0,0%
	36-50	25,3%	46,0%	23,0%	5,7%	0,0%
	51-65	46,7%	33,3%	20,0%	0,0%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	37,5%	39,9%	15,9%	6,7%	0,0%
	Średnie miasto	45,5%	18,2%	36,4%	0,0%	0,0%
	Duże miasto	32,7%	40,0%	18,8%	8,5%	0,0%
	Razem	35,7%	39,3%	17,7%	7,3%	0,0%

⁴²⁷ B. Woynarowska, Zdrowe żywienie, w: Edukacja zdrowotna... op. cit. s. 310.

		χ^2	p			
	Płeć	8,561	0,036			
	Wykształcenie	8,941	0,177			
	Wiek	8,585	0,198			
	Miejsce zamieszkania	6,062	0,416			

źródło: opracowanie własne

Większość (39,3%) mieszkańców województwa śląskiego zadeklarowała, iż spożywa posiłki w odstępach 4- godzinnych. Drugą najczęściej deklarowaną odpowiedzią (35,7%) były odstępy 2-3 godzinne. Podobnie wygląda rozkład częstości odpowiedzi w podziale na płeć: kobiety w 41,6% deklarowały spożywanie posiłków w odstępach 4-godzinnych, natomiast odpowiedź o odstępach 2-3 godzinnych, zaznaczyło 37,6% kobiet. Z kolei mężczyźni zadeklarowali w 34, 9% odstępy czasowe 4- godzinne, a w 31,8% odstępu 2-3 godzinne.

51,6% respondentów z wykształceniem podstawowym lub zawodowym spożywa posiłki w odstępach 4- godzinnych. Większość osób (40,1 %) ze średnim wykształceniem, z kolei zadeklarowało odstępy czasowe 2-3 godzinne, a w wypadku respondentów z wyższym wykształceniem odstępy czasowe wynoszące 4 godziny zadeklarowało 37,5% z tej grupy. Podobnie mieszkańcy wsi i małych miast oraz dużych miast (kolejno 39,9% i 40%), w większości zadeklarowali, iż spożywają posiłki w odstępach 4-godzinnych. Inaczej sytuacja wygląda w wypadku mieszkańców średnich miast, gdzie 45,5% badanych zadeklarowało odstępy czasowe między posiłkami wynoszące 2-3 godziny.

Analizując prawdopodobieństwo obserwowane, można stwierdzić, iż występuje zależność między odstępami czasowymi spożywanych posiłków, a płcią (p wynosi 0,036; $p < 0,05$). Zgodnie z rozkładem częstości odpowiedzi mieszkanki województwa śląskiego częściej deklarowały właściwe odstępy między spożywaniem w ciągu dnia posiłkami (4 godziny).

Kolejnym badanym aspektem diety było spożycie owoców. Zgodnie z piramidą zdrowego żywienia powinny one być spożywane codziennie, najlepiej 2-3 razy dziennie. Owocem bowiem są źródłem niezbędnych i łatwo przyswajalnych witamin, soli mineralnych oraz błonnika. Ponadto zawierają flawonoidy działające ochronnie, przeciwnowotworowo i przeciwmiażdżycowo. Z kolei błonnik reguluje pracę przewodu pokarmowego. Oczywiście nie można przesadzać z ilością owoców w diecie, ponieważ zawierają one cukry proste,

dlatego nie powinny one być dominującym elementem zbilansowanej diety⁴²⁸. Szczegółowe dane na temat spożycia owoców przez mieszkańców województwa śląskiego zawiera poniższa tabela.

Tabela 18. Codzienne spożywanie owoców przez badanych

		1 raz	2-3 razy	4-5 razy	Kilka razy w tyg.	Raz w tyg. lub rzadziej	Brak Odp
Płeć	Kobieta	34,5%	12,5%	1,6%	37,6%	13,7%	0,0%
	Mężczyzna	34,1%	17,1%	2,3%	28,7%	17,8%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	25,8%	24,2%	4,8%	22,6%	22,6%	0,0%
	Średnie	33,9%	12,4%	1,7%	37,6%	14,5%	0,0%
	Wyższe	42,5%	11,3%	0,0%	35,0%	11,3%	0,0%
Wiek	18-35	33,0%	12,1%	2,1%	37,6%	15,2%	0,0%
	36-50	39,1%	17,2%	1,1%	26,4%	16,1%	0,0%
	51-65	33,3%	33,3%	0,0%	26,7%	6,7%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	34,6%	15,4%	1,9%	36,1%	12,0%	0,0%
	Średnie miasto	45,5%	9,1%	0,0%	27,3%	18,2%	0,0%
	Duże miasto	33,3%	12,7%	1,8%	33,3%	18,8%	0,0%
	Razem	34,4%	14,1%	1,8%	34,6%	15,1%	0,0%
		χ^2	p				
	Płeć	4,453	0,348				
	Wykształcenie	19,287	0,013				
	Wiek	10,192	0,252				
	Miejsce zamieszkania	4,558	0,804				

źródło: opracowanie własne

Biorąc pod uwagę rozkład częstości odpowiedzi ogółem, najwięcej (34,6%) respondentów spożywa owoce tylko kilka razy w tygodniu. Niewiele mniej, bo 34,4% deklaruje ich spożycie przynajmniej raz dziennie. Sporo mieszkańców województwa śląskiego (15,1%) deklaruje spożycie owoców bardzo rzadko- raz w tygodniu lub rzadziej. Odpowiedź zgodną z zaleceniami specjalistów wybrało tylko 14,1% badanych, a 1,8% deklaruje, iż spożywa owoce nawet 4-5 razy dziennie, co biorąc pod uwagę zalecenia kwalifikuje się, jako zbyt częste spożycie owoców. Co zaskakujące, w podziale na płeć gorzej

⁴²⁸ K. Borzucka- Sitkiewicz, Odżywianie (dieta) jako element stylu życia, w: Edukacja zdrowotna... op. cit. s. 145-146.

wypadają kobiety, które deklarują w większości (37,6%) spożycie owoców tylko kilka razy w tygodniu, być może wynika to właśnie z rozpowszechnionego ostatnio poglądu o konieczności ograniczania cukrów prostych (w tym fruktozy) w diecie, a kobiety, jak pisze B. Tobiasz- Adamczyk, mają kulturowo zakorzenione życie „pod presją ciała” przez co częściej zwracają uwagę zarówno na kaloryczność pokarmów, jak i doświadczają większej presji społecznej, by zmieniać zwyczaje żywieniowe zgodnie z różnymi przesłankami⁴²⁹.

Zgodnie z Ankietowym Badaniem Zdrowia (EHIS) prowadzonym w Polsce w 2014 roku przez GUS, 59% Polaków spożywa owoce przynajmniej raz dziennie. W tym badaniu słabiej wypadają mężczyźni deklarując spożycie owoców przynajmniej raz dziennie tylko w 47%. Z kolei biorąc pod uwagę podział na województwa, to zgodnie z badaniem GUS, 62% mieszkańców województwa śląskiego deklaruje spożycie owoców raz dziennie lub częściej⁴³⁰. Oznacza to wynik wyższy niż ten uzyskany w badaniach własnych, bowiem sumując częstość odpowiedzi w badaniach własnych, odpowiednio dla kategorii spożycia owoców przynajmniej raz dziennie, 2-3 razy dziennie oraz 4-5 razy dziennie, otrzymujemy wynik 50,3%, co oznacza, iż taki odsetek respondentów ogółem spożywa owoce raz dziennie lub więcej.

Z kolei badania CBOS również z roku 2014 charakteryzują się wynikami podobnymi do tych uzyskanych w badaniach własnych. 48% Polaków objętych badaniem CBOS deklaruje spożycie owoców codziennie, a 37%- tylko kilka razy w tygodniu. Ponadto, zgodnie z tymi badaniami na przełomie 2010 i 2014 roku nastąpił wzrost codziennego spożycia owoców przez Polaków o ok. 14%⁴³¹.

Wracając do badań własnych, nieznaczna większość (25,8%) badanych z wykształceniem podstawowym lub zawodowym spożywa owoce przynajmniej raz dziennie, deklaruje to także a zdecydowana większość (42,5%) osób wykształceniem wyższym. Z kolei osoby z wykształceniem średnim w większości (37/6%) spożywają owoce tylko kilka razy w tygodniu.

W grupie wiekowej 51-65 lat odsetek osób spożywających owoce przynajmniej raz dziennie i 2-3 razy dziennie jest największy i wynosi kolejno po 33,3%. Wynik ten jest zgodny ze wspomnianymi badaniami GUS, zgodnie z którymi najwięcej osób w grupie wiekowej 50-69 lat (61,3%) spożywa owoce przynajmniej raz dziennie lub częściej⁴³².

⁴²⁹ por. B. Tobiasz- Adamczyk, Preferencje, wybory określonych produktów żywnościowych, w: *Od socjologii medycyny do socjologii żywienia...* op. cit., s. 44.

⁴³⁰ GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku*, Warszawa 2016, s. 88-89.

⁴³¹ CBOS, *Komunikat z badań*, nr 115/2014, s. 12,13.

⁴³² GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku*, Warszawa 2016, tabele.

Podobne wyniki uzyskała wspomniana już E. Suliga, bowiem zgodnie z jej sondażem dotyczącym osób w wieku 50 lat i więcej, spożywanie owoców jeden raz dziennie zadeklarowało 62% respondentów, a ponad 30% nawet kilka razy dziennie⁴³³.

Zgodnie z badaniami własnymi w grupie wiekowej 36-50 lat odsetek osób spożywających owoce raz dziennie i 2-3 razy dziennie wynosi kolejno 39,1% i 17,2%. Z kolei w przedziale 18-35 lat jest on najniższy i wynosi kolejno 33,9% dla spożycia owoców przynajmniej raz dziennie i 12,4% dla spożycia owoców 2-3 razy dziennie. Podobne wyniki uzyskano w badaniach GUS, gdzie spożycie owoców raz dziennie lub częściej w przedziale wiekowym 15-30 lat zadeklarowało 54,1%, a w wieku do 50 roku życia odpowiedź tę zaznaczyło 51,8% respondentów⁴³⁴.

Biorąc pod uwagę kategorię miejsca zamieszkania, nieznaczna większość (36,1%) mieszkańców wsi i małych miast spożywa owoce tylko kilka razy w tygodniu. W wypadku mieszkańców średnich miast, 45,5% deklaruje spożycie owoców przynajmniej raz dziennie. W dużych miastach odsetek osób spożywających owoce przynajmniej raz dziennie i kilka razy w tygodniu jest taki sam- wynosi po 33,3%.

Analizując prawdopodobieństwo obserwowane można stwierdzić, iż występuje zależność między codziennym spożyciem owoców, a wykształceniem- z rozkładu częstości odpowiedzi wynika, iż codzienne spożycie owoców dotyczy częściej osób z wyższym wykształceniem.

Kolejną istotną kwestią mającą związek z dietą jest spożywanie słodczy. Według zaleceń specjalistów, ok.55-60% naszego zapotrzebowania energetycznego powinno być zaspokajane przez węglowodany, jednak sacharoza obecna w cukrze i wyrobach cukierniczych nie powinna przekraczać 10% dostarczanej energii, ze względu na to, iż zawiera wyłącznie kalorie, nie ma żadnych istotnych składników odżywczych, co więcej powoduje zwiększenie syntezy lipoprotein w wątrobie, a te z kolei stanowią źródło złego cholesterolu⁴³⁵. Ponadto gotowe słodkości i ciasta są na ogół niezdrową mieszanką cukrowo-tłuszczową, nierzadko zawierają syrop glukozowo- fruktozowy⁴³⁶ przyczyniający się do powstawania nadwagi oraz szkodliwe tłuszcze utwardzone (typu *trans*), powodujące odkładanie się cholesterolu w tętnicach, a co za tym idzie- zmiany miażdżycowe⁴³⁷. Wyniki

⁴³³ E. Suliga, zachowania zdrowotne związane z żywieniem osób dorosłych i starszych...op. cit.

⁴³⁴ Ibidem

⁴³⁵ K. Borzucka- Sitkiewicz, Odżywianie (dieta) jako element stylu życia... op. cit. s. 139..

⁴³⁶ por. <http://dziecisawazne.pl/syrop-glukozowo-fruktozowy-czyli-sladki-smak-chorob/> [dostęp z dn.18.03.2018 r.]

⁴³⁷ por. <http://www.dziennikpolski24.pl/artukul/9246051,co-to-sa-tluszcze-utwardzone-i-dlaczego-powinnismy-ich-unikac,id,t.html> [dostęp z dn.18.03.2018 r.]

dotyczące kwestii spożywania słodczy przez mieszkańców województwa śląskiego zawiera tabela poniżej.

Tabela 19. Częstość spożywania słodczy przez badanych

		Codziennie	Kilka razy w tyg.	Raz w tyg.	Kilka razy w miesiącu lub rzadziej	Brak odp
Płeć	Kobieta	28,2%	38,0%	18,4%	15,3%	0,0%
	Mężczyzna	20,9%	51,2%	16,3%	11,6%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	21,0%	41,9%	21,0%	16,1%	0,0%
	Średnie	26,9%	43,8%	16,9%	12,4%	0,0%
	Wyższe	26,3%	38,8%	17,5%	17,5%	0,0%
Wiek	18-35	25,9%	41,5%	17,4%	15,2%	0,0%
	36-50	27,6%	47,1%	18,4%	6,9%	0,0%
	51-65	13,3%	33,3%	20,0%	33,3%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	26,4%	43,3%	19,2%	11,1%	0,0%
	Średnie miasto	18,2%	54,5%	9,1%	18,2%	0,0%
	Duże miasto	25,5%	40,6%	16,4%	17,6%	0,0%
	Razem	25,8%	42,4%	17,7%	14,1%	0,0%
		χ^2	p			
	Płeć	6,292	0,098			
	Wykształcenie	2,831	0,830			
	Wiek	9,321	0,156			
	Miejsce zamieszkania	4,651	0,589			

źródło: opracowanie własne

Większość respondentów ogółem (42,4%) deklaruje spożycie słodczy kilka razy w tygodniu. Natomiast aż 25,8% badanych spożywa słodczy codziennie, 17,7% raz w tygodniu, a 14,1%- kilka razy w miesiącu lub rzadziej. Biorąc pod uwagę podział odpowiedzi ze względu na płeć- 51,2% mężczyzn deklaruje spożycie słodczy kilka razy w tygodniu, niespełna 21%- codziennie, 16,3%- raz w tygodniu. Bardzo rzadkie spożycie słodczy dotyczy ponad 11% mężczyzn. Z kolei kobiety w 38% deklarują sięganie po słodkości kilka razy w tygodniu, a w 28,2%- codziennie. 18,4% respondentek zaznaczyło, iż spożywa słodczy raz w tygodniu, trochę ponad 15% kobiet spożywa je sporadycznie.

Analizując rozkład częstości odpowiedzi w podziale na poziom wykształcenia nie są widoczne znaczące różnice- większość respondentów na każdym poziomie wykształcenia

najczęściej spożywa słodycze kilka razy w tygodniu. Podobnie respondenci w grupie wiekowej 18-35 lat oraz 36-50 lat- deklarują w większości sięganie po słodkości kilka razy w tygodniu. Wyjątek stanowi tutaj przedział wiekowy 51-65 lat, gdzie występuje taki sam odsetek osób sięgających po słodycze kilka razy w tygodniu oraz kilka razy w miesiącu i rzadziej (kolejno po 33,3%). Na rzadsze spożywanie słodczy w grupie starszych dorosłych wskazują także badania E. Suligi, zgodnie z którymi prawie 45% badanych deklaruje sięganie po słodkości rzadziej niż raz w tygodniu, a 26,5%- kilka razy w tygodniu⁴³⁸.

Wymienione już badania CBOS z 2014 roku dotyczące zachowań żywieniowych wskazują, iż nieznaczna większość (36%) Polaków spożywa słodycze kilka razy w tygodniu, 28% kilka razy w miesiącu, a 19% codziennie. Odsetek osób sięgających po słodycze nie zmienił się znacznie na przełomie lat 2010-2014. Przy czym zdecydowana większość osób w tych latach (ponad 60%) oceniła własną częstość sięgania po słodycze, jako „tyle ile trzeba”⁴³⁹. Porównując wyniki uzyskane przez CBOS oraz rozkład odpowiedzi mieszkańców województwa śląskiego, można stwierdzić, iż mieszkańcy województwa śląskiego nieco częściej sięgają po słodycze.

Natomiast analizując prawdopodobieństwo obserwowane, nie stwierdzono zależności między częstością spożycia słodycze, a kategoriami płci, wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania. Jedynie w kategorii płci ($p>0,05<0,1$) analiza ta potwierdza tendencje do różnic w odpowiedziach kobiet i mężczyzn.

W dalszej kolejności przeanalizowano kwestię codziennej obecności warzyw w diecie mieszkańców województwa śląskiego. Warzywa powinny być spożywane kilka razy dziennie (najlepiej 5 porcji), są bowiem źródłem niezbędnych składników, takich jak błonnik, sole mineralne, witaminy, przeciwutleniacze mające działanie chroniące przed chorobami cywilizacyjnymi (nowotworami i miażdżycą). Powinny być spożywane częściej niż owoce ze względu na ich niewielką kaloryczność⁴⁴⁰. Rozkład częstości odpowiedzi zawiera poniższa tabela.

⁴³⁸ E. Suliga, Zachowania zdrowotne związane z żywieniem osób dorosłych i starszych... op. cit.

⁴³⁹ CBOS Komunikat z badań... op. cit. s. 14-15.

⁴⁴⁰ B. Woynarowska, Zdrowe żywienie... op. cit. 306.

Tabela 20. Codzienne spożywanie warzyw przez badanych

		Raz dziennie	2- 3 razy dziennie	4-5 razy dziennie	Kilka razy w tyg.	Raz w tyg. lub rzadziej	Brak odp
Płeć	Kobieta	48,2%	12,9%	2,7%	31,0%	5,1%	0,0%
	Mężczyzna	43,4%	8,5%	1,6%	35,7%	10,9%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	41,9%	8,1%	1,6%	37,1%	11,3%	0,0%
	Średnie	45,9%	10,3%	2,5%	35,1%	6,2%	0,0%
	Wyższe	52,5%	17,5%	2,5%	21,3%	6,3%	0,0%
Wiek	18-35	47,2%	11,0%	2,8%	31,9%	7,1%	0,0%
	36-50	47,1%	9,2%	1,1%	35,6%	6,9%	0,0%
	51-65	33,3%	33,3%	0,0%	26,7%	6,7%	0,0%
Miejsce zamieszka nia	Wieś lub małe miasto	51,0%	10,1%	1,4%	31,3%	6,3%	0,0%
	Średnie miasto	36,4%	18,2%	0,0%	36,4%	9,1%	0,0%
	Duże miasto	41,8%	12,7%	3,6%	33,9%	7,9%	0,0%
	Razem	46,6%	11,5%	2,3%	32,6%	7,0%	0,0%
		χ^2	p				
	Płeć	7,017	0,135				
	Wykształcenie	10,456	0,234				
	Wiek	8,926	0,349				
	Miejsce zamieszkania	5,734	0,677				

źródło: opracowanie własne

Biorąc pod uwagę powyższe dane, większość mieszkańców województwa śląskiego spożywa warzywa przynajmniej (46,6%) raz dziennie. Częściej, bo 2-3 razy dziennie, sięga po warzywa zaledwie 11,5% badanych, a zgodnie z zaleceniami (4-5 razy dziennie) tylko 2,3%. Niepokojący jest również fakt, iż aż 32,6% respondentów deklaruje spożycie warzyw tylko kilka razy w tygodniu, a 7% raz w tygodniu lub rzadziej. Przytoczone już badania GUS z 2014 wskazują, iż w województwie śląskim 58,7% osób spożywa warzywa raz dziennie, a prawie 21% robi to 4-6 razy w tygodniu, natomiast 16% 1-3 razy w tygodniu⁴⁴¹. Zatem wynik ten jest podobny do uzyskanego w badaniach własnych, gdzie 60,4% (sumując poszczególne odpowiedzi) mieszkańców województwa śląskiego ogółem, spożywa owoce 1 raz dziennie lub częściej. Zaś biorąc pod uwagę ogólnopolskie badania CBOS, 55%

⁴⁴¹ GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku, Warszawa 2016, tabele.

Polaków sięga po warzywa codziennie lub kilka razy dziennie⁴⁴², zatem wynik uzyskany w

badaniach własnych oznacza, iż mieszkańcy województwa śląskiego spożywają warzywa częściej niż wynosi średnia ogólnopolska.

Rozkład częstości odpowiedzi w badaniach własnych jest podobny we wszystkich analizowanych grupach. Można jedynie zauważyć niewiele większy procentowy udział kobiet w spożyciu warzyw raz dziennie i 2-3 razy dziennie, w porównaniu z mężczyznami. Jednak w obu grupach procent osób spożywających warzywa zbyt rzadko jest spory, a tych sięgających po nie zgodnie z zaleceniami jest zdecydowanie zbyt mały (kolejno 2,1% dla kobiet i 1,6% dla mężczyzn). Można też zauważyć nieco większy udział osób z wyższym wykształceniem w spożyciu warzyw raz dziennie i 2-3 razy dziennie. A najmniejszy udział tych z wykształceniem podstawowym lub zawodowym (50%).

W grupie wiekowej 51-65 lat spożycie warzyw raz dziennie i 2-3 razy dziennie jest częstsze, wynosi w sumie 66,6%. Tendencję taką można zauważyć też we wspomnianych badaniach GUS, gdzie częstsze spożycie warzyw (raz dziennie lub częściej) dotyczy zwłaszcza osób od 50 roku życia w górę⁴⁴³. Badania E. Suligi wskazują również na spory odsetek starszych dorosłych pożywających warzywa raz dziennie lub kilka razy dziennie (w sumie ok.67%)⁴⁴⁴.

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania, w małych miastach lub na wsiach procent osób spożywających warzywa raz dziennie i kilka razy dziennie jest największy i wynosi 61%. Może to wynikać oczywiście ze specyfiki terytorialnej i częstszego posiadania dostępu do własnych upraw warzyw. Zaś w średnich miastach najwięcej osób spożywa warzywa tylko kilka razy w tygodniu- 36,4%. Jednak analizując prawdopodobieństwo obserwowane, nie stwierdza się zależności między spożyciem warzywa a płcią, wykształceniem, wiekiem i miejscem zamieszkania.

Kolejnym analizowanym aspektem odżywiania jest podjadanie między posiłkami. Jak już wspomniano, prawidłowa dieta powinna składać się najlepiej z 5 posiłków dziennie (w regularnych odstępach czasowych 4-5 godzin). Taki rozkład posiłków pozwala uniknąć zbytniego spadku poziomu cukru między posiłkami głównymi, a co za tym idzie ograniczyć podjadanie. Oczywiście nasuwa się pytanie, po jakiego typu żywność sięga się między posiłkami, ma to oczywiście duże znaczenie, bowiem produkty takie jak słone przekąski, czy

⁴⁴² CBOS Komunikat z badań... op. cit. s. 12.

⁴⁴³ Ibidem

⁴⁴⁴ E. Suliga, Zachowania zdrowotne związane z żywieniem... op. cit.

słodczyce dostarczają wyłącznie pustych kalorii i innych szkodliwych substancji. Z kolei produkty takie, jak orzechy, owoce (świeże czy suszone) są zdrowe i dostarczają cennych składników, jednak nie można ich spożywać bez umiaru, gdyż nawet produkty z pozoru zdrowe spożywane w nadmiarze, mogą zaburzyć nasz bilans energetyczny i dostarczyć nam więcej kalorii niż jesteśmy w stanie spożytkować⁴⁴⁵. Rozkład częstości odpowiedzi w zakresie podjadanie między posiłkami znajduje się w poniższej tabeli.

Tabela 21. Podjadanie między posiłkami wg deklaracji respondentów

		Tak	Nie	Brak odp
Płeć	Kobieta	53,3%	46,7%	0,0%
	Mężczyzna	42,6%	57,4%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	33,9%	66,1%	0,0%
	Średnie	55,0%	45,0%	0,0%
	Wyższe	46,3%	53,8%	0,0%
Wiek	18-35	51,4%	48,6%	0,0%
	36-50	44,8%	55,2%	0,0%
	51-65	46,7%	53,3%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	54,3%	45,7%	0,0%
	Średnie miasto	54,5%	45,5%	0,0%
	Duże miasto	43,6%	56,4%	0,0%
	Razem	49,7%	50,3%	0,0%
		χ^2	p	
	Płeć	3,921	0,048	
	Wykształcenie	9,272	0,010	
	Wiek	1,214	0,545	
	Miejsce zamieszkania	4,311	0,116	

źródło: opracowanie własne

Biorąc pod uwagę odpowiedzi ogółem, 50,3% respondentów podjada między posiłkami, a niewiele mniej, bo 49,7%- tego nie robi. Badania CBOS z 2014 roku wskazują na podobny wynik wśród Polaków- 46% badanych zadeklarowało podjadanie codziennie lub kilka razy w tygodniu, a 28% stwierdziło, że nie robi tego wcale⁴⁴⁶.

⁴⁴⁵ por. <http://dziecisawazne.pl/jakie-sa-konsekwencje-podjadania-miedzy-posilkami/> [dostęp z dn.18.03.2018 r.]

⁴⁴⁶ CBOS Komunikat z badań, Zachowania żywieniowe Polaków...op. cit., s. 4.

W badaniach własnych w podziale na płeć widać większy udział procentowy kobiet w podjadaniu między posiłkami (53,3%) w porównaniu z mężczyznami (42,6%). Większość mężczyzn (57,4%) deklaruje, iż nie podjada. Warto zaznaczyć jednak, że analizując wymienione przez przedstawicieli obu płci produkty, po które sięgają, w wypadku kobiet najczęściej wymieniono: orzechy, suszone owoce, świeże owoce, wafle ryżowe, płatki, czyli produkty zdrowe. Mężczyźni wymieniali najczęściej: paluszki, słodczyce, chipsy, czekoladę, wędliną, czyli produkty raczej niezdrowe. Jednak nawet po produkty zdrowe powinno sięgać się przy okazji posiłków głównych, nie można ich podjadać bez umiaru, gdyż może to wiązać się z przyrostem wagi.

Analizując odpowiedzi ze względu na poziom wykształcenia, najwięcej (66,1%) osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym deklaruje, iż nie podjada. Podobnie rzecz się ma w wypadku osób z wykształceniem wyższym (prawie 54%). Natomiast biorąc pod uwagę poszczególne grupy wiekowe, udział procentowy osób podjadających jest największy wśród respondentów w wieku od 18-35 lat (51,4%). Osoby w wieku od 36-65 lat w większości deklarują, że nie podjadają między posiłkami. Analizując odpowiedzi w podziale ze względu na miejsce zamieszkania, najwięcej osób praktykuje podjadanie na wsiach, w małych oraz średnich miastach (kolejno po ponad 53%), a najmniej w dużych miastach (43,6%).

Prawdopodobieństwo obserwowane wskazuje na zależność pomiędzy podjadaniem, a kategorią płci i wykształcenia ($p < 0,05$). Potwierdza to przytoczony wyżej rozkład częstości odpowiedzi, z którego wynika, że kobiety częściej podjadają, podobnie, jak osoby z wykształceniem średnim.

Kolejną analizowaną kwestią jest obecność słodkich napojów w diecie mieszkańców województwa śląskiego. Dietetycy alarmują, iż napoje te powinny być wykluczone z diety, bowiem są niezdrowe, dostarczają na ogół „pustych kalorii”, ponadto zawierają mnóstwo cukru lub słodzików, barwniki i inne szkodliwe substancje⁴⁴⁷. Szczegółowe dane na temat wyników zawiera poniższa tabela.

⁴⁴⁷ <http://www.newsweek.pl/styl-zycia/11-powodow-by-przestac-pic-slodzone-napoje-dieta-zdrowie-artykuly,372581,1.html> [dostęp z dn. 18.03.2018 r.]

Tabela 22. Spożywanie słodkich napojów przez respondentów

		Codzien nie	Kilka razy w tyg.	Raz w tyg.	Kilka razy w miesiącu	Wcale	Brak odp
Płeć	Kobieta	14,1%	18,0%	17,3%	25,9%	24,7%	0,0%
	Mężczyzna	25,6%	40,3%	8,5%	16,3%	9,3%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	32,3%	21,0%	9,7%	24,2%	12,9%	0,0%
	Średnie	16,5%	28,1%	14,5%	21,1%	19,8%	0,0%
	Wyższe	11,3%	21,3%	17,5%	26,3%	23,8%	0,0%
Wiek	18-35	17,0%	28,7%	14,5%	22,3%	17,4%	0,0%
	36-50	24,1%	17,2%	11,5%	24,1%	23,0%	0,0%
	51-65	0,0%	13,3%	26,7%	20,0%	40,0%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	18,8%	27,4%	13,0%	17,3%	23,6%	0,0%
	Średnie miasto	9,1%	27,3%	18,2%	27,3%	18,2%	0,0%
	Duże miasto	17,6%	23,0%	15,8%	29,1%	14,5%	0,0%
	Razem	18,0%	25,5%	14,3%	22,7%	19,5%	0,0%
		χ^2	p				
	Płeć	41,363	0,000				
	Wykształcenie	15,464	0,051				
	Wiek	15,677	0,047				
	Miejsce zamieszkania	11,466	0,177				

źródło: opracowanie własne

Biorąc pod uwagę odpowiedzi ogółem- 25,5% mieszkańców województwa śląskiego spożywa słodkie napoje kilka razy w tygodniu, 22,7%- kilka razy w miesiącu lub rzadziej, 19,5% w ogóle nie sięga po słodkie napoje, 18% robi to codziennie, a 14,3% raz w tygodniu. Badania CBOS z 2014 roku wskazują na dość rzadkie spożywanie słodkich napojów przez Polaków- 44% osób wcale lub prawie wcale nie spożywa słodkich napojów. Tylko 9% spożywa je codziennie, a 16% kilka razy w tygodniu⁴⁴⁸. Z kolei według badań CBOS z 2016 roku sytuacja nie wygląda aż tak optymistycznie- 37% Polaków nigdy lub prawie nigdy nie pije słodzonych napojów, kilka razy w tygodniu robi to 27% osób, a 14%- raz dziennie⁴⁴⁹. Zatem w świetle powyższych badań, mieszkańcy województwa śląskiego wypadają nieco gorzej niż ogół Polaków- częściej sięgają po słodkie napoje.

⁴⁴⁸ CBOS Komunikat z badań, Zachowania żywieniowe Polaków... op. cit., s. 13.

⁴⁴⁹ CBOS Komunikat z badań, Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków...op. cit., s. 12.

W badaniach własnych widać wyraźnie zróżnicowanie odpowiedzi ze względu na płeć- nieznaczna większość (prawie 26%) kobiet sięga po słodkie napoje kilka razy w miesiącu lub rzadziej, a prawie 25%- w ogóle ich nie spożywa. Z kolei 18% kobiet deklaruje sięganie po słodkie napoje raz w tygodniu, a 17,3%- codziennie. W wypadku mężczyzn 40,3% deklaruje spożycie słodkich napojów kilka razy w tygodniu, a 25,6% spożywa je codziennie. Z kolei 16,3% mężczyzn robi to kilka razy w miesiącu lub rzadziej, 9,3% deklaruje brak słodkich napojów w diecie, a 8,5% sięga po nie raz w tygodniu. Zatem kobiety zdecydowanie rzadziej spożywają słodkie napoje niż mężczyźni. Zależność tę potwierdza analiza prawdopodobieństwa obserwowanego, które w tym wypadku wynosi 0,00 ($p < 0,05$).

Analizując rozkład częstości odpowiedzi w podziale ze względu na poziom wykształcenia, również widać tendencję do różnic. Największy udział procentowy w codziennym spożyciu słodkich napojów mają osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym (32,3%). Osoby z wykształceniem średnim najczęściej deklarują spożycie słodkich napojów kilka razy w tygodniu. Najrzadziej spożywają słodkie napoje osoby z wyższym wykształceniem. Zatem widoczna jest tendencja wskazująca na to, że im wyższy poziom wykształcenia, tym rzadsze sięganie po słodkie napoje. Analiza prawdopodobieństwa obserwowanego nie wskazuje na istotną statystycznie zależność ($p > 0,05 < 1$), ale potwierdza duże zróżnicowanie odpowiedzi w tej kategorii.

Biorąc zaś pod uwagę kategorię wieku, najrzadziej słodkie napoje spożywają osoby w wieku 51-65 lat- aż 40% osób z tej grupy w ogóle ich nie spożywa, co ciekawe ani jedna osoba w wieku 51-65 lat nie wskazała na codzienną obecność słodkich napojów w diecie. Prawie 46% osób w wieku 18-35 lat spożywa słodkie napoje codziennie lub kilka razy w tygodniu, a więc najczęściej. W grupie wiekowej 36-50 lat, jest taki sam odsetek osób spożywających słodkie napoje codziennie, jak i kilka razy w miesiącu lub rzadziej (po 24,1%). Zależność między wiekiem, a częstością sięgania po słodkie napoje potwierdza prawdopodobieństwo obserwowane wynoszące 0,047 ($p < 0,05$).

W kategorii miejsca zamieszkania, najrzadziej słodkie napoje spożywają mieszkańcy dużych miast, a najczęściej osoby zamieszkałe na wsiach lub w małych miastach. W wypadku mieszkańców średnich miast jest taki sam odsetek osób sięgających po słodkie napoje kilka razy w tygodniu, jak i kilka razy w miesiącu lub rzadziej (po 27,3%). Prawdopodobieństwo obserwowane nie wskazuje na występowanie zależności ($p > 0,05$).

Następna przeanalizowaną kwestią jest ogólny sposób odżywiania mieszkańców województwa śląskiego, oceniony na podstawie stwierdzeń opisujących styl odżywiania.

Każdy respondent mógł wybrać maksymalnie cztery stwierdzenia. Tabele od 23-26 zawierają szczegółowe dane dotyczące tej kwestii.

Tabela 23. Stwierdzenia opisujące sposób odżywiania badanych/ podział odpowiedzi ze względu na płeć

		Wybrano	Nie wybrano
Dieta uboga w tłuszcze zwierzęce	Kobieta	86,8%	13,2%
	Mężczyzna	79,2%	20,8 %
	Razem	81,8%	18,2%
Dieta bogata w zdrowe tłuszcze		Wybrano	Nie wybrano
	Kobieta	82,9%	17,1%
	Mężczyzna	74,9%	25,1%
	Razem	77,6%	22,4%
Dieta bogata w tłuszcze zwierzęce		Wybrano	Nie wybrano
	Kobieta	52,7%	41,3%
	Mężczyzna	71,8%	28,2%
	Razem	65,4%	34,6%
Dieta bogata w błonnik		Wybrano	Nie wybrano
	Kobieta	69,8%	30,2%
	Mężczyzna	54,9%	45,1%
	Razem	59,9%	40,1%
Dieta bogata w warzywa i owoce		Wybrano	Nie wybrano
	Kobieta	73,6%	26,4%
	Mężczyzna	59,6%	40,4%
	Razem	64,3%	35,7%
Dieta z przewagą czerwonego mięsa		Wybrano	Nie wybrano
	Kobieta	78,3%	21,7%
	Mężczyzna	85,5%	14,5%
	Razem	83,1%	17%
Dieta wysokoenergetyczna		Wybrano	Nie wybrano
	Kobieta	58,9%	41,1%
	Mężczyzna	71,8%	28,2%
	Razem	67,4%	32,6%
Dieta niskokaloryczna		Wybrano	Nie wybrano
	Kobieta	92,2%	7,8%
	Mężczyzna	74,5%	25,5%
	Razem	80,5%	19,5%

źródło: opracowanie własne

Analizując stwierdzenia opisujące styl odżywiania kobiet, można stwierdzić, iż w większości dieta mieszkank województwa śląskiego jest uboga w tłuszcze zwierzęce, natomiast bogata w tłuszcze roślinne, oliwę z oliwek oraz kwasy omega. Zawiera też sporą ilość produktów pełnoziarnistych i bogatych w błonnik oraz warzyw i owoców. Większość kobiet stwierdziła również, że stosuje dietę niskokaloryczną. Biorąc pod uwagę wybierane stwierdzenia, można ocenić sposób odżywiania kobiet zamieszkałych w województwie śląskim, jako sprzyjający zdrowiu. Z kolei dieta mężczyzn w większości charakteryzuje się przewagą tłuszczów zwierzęcych oraz czerwonego mięsa, jest również wysokoenergetyczna, co oczywiście wynika z większego zapotrzebowania energetycznego mężczyzn w porównaniu z kobietami. Jednak zarówno czerwone mięso, jak i tłuszcze zwierzęce, powinny być spożywane w niewielkich ilościach, ponieważ zwiększają ryzyko powstania tak zwanego złego cholesterolu (frakcji LDL), którego zbyt wysoki poziom z kolei, stanowi główną przyczynę chorób układu krążenia. Zaś produkty bogate w kwasy tłuszczowe nienasycone (jednonienasycone i wielonienasycone) mają działanie chroniące przed tymi chorobami, ze względu na to, iż powodują wzrost poziomu tak zwanego dobrego cholesterolu (frakcji HDL). Podobnie warzywa, owoce oraz błonnik działają ochronnie, są zatem elementami niezbędnymi w diecie, wpływają zarówno na poziom cholesterolu, jak i glukozy we krwi, regulują pracę układu pokarmowego, zapobiegają chorobom nowotworowym i wieńcowym⁴⁵⁰. Zatem styl odżywiania mężczyzn mieszkających w województwie śląskim, nie sprzyja zdrowiu, wręcz przeciwnie- może przyczyniać się do rozwoju wielu chorób cywilizacyjnych

⁴⁵⁰ Ch.L. Sheridan, S. A. Radmacher, Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia, wyd. IPZ, Warszawa 1998, s. 246-248.

Tabela 24. Stwierdzenia opisujące sposób odżywiania badanych/ podział odpowiedzi ze względu na poziom wykształcenia

Dieta uboga w tłuszcze zwierzęce		Wybrano	Nie wybrano
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	64,5%	35,5%
	Średnie	80,0%	20,0%
	Wyższe	86,8%	13,2%
	Razem	81,8%	18,2%
Dieta bogata w zdrowe tłuszcze		Wybrano	Nie wybrano
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	79,0%	21,0%
	Średnie	77,3%	22,7%
	Wyższe	77,5%	22,5%
	Razem	77,6%	22,4%
Dieta bogata w tłuszcze zwierzęce		Wybrano	Nie wybrano
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	60,3%	39,7%
	Średnie	74,2%	25,8%
	Wyższe	73,8%	26,3%
	Razem	65,4%	34,6%
Dieta bogata w błonnik		Wybrano	Nie wybrano
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	69,4%	30,6%
	Średnie	61,2%	38,8%
	Wyższe	48,8%	51,3%
	Razem	59,9%	40,1%
Dieta bogata w warzywa i owoce		Wybrano	Nie wybrano
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	59,7%	40,3%
	Średnie	64,5%	35,5%
	Wyższe	67,5%	32,5%
	Razem	64,3%	35,7%
Dieta z przewagą czerwonego mięsa		Wybrano	Nie wybrano
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	88,7%	11,3%
	Średnie	81,0%	19,0%
	Wyższe	85,0%	15,0%
	Razem	83,1%	16,7%
Dieta wysokoenergetyczna		Wybrano	Nie wybrano
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	77,4%	22,6%
	Średnie	82,5%	17,5%
	Wyższe	59,9 %	40,1%
	Razem	67,4%	32,6%

Dieta niskokaloryczna		Wybrano	Nie wybrano
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	79,0%	21,0%
	Średnie	68,8%	31,3%
	Wyższe	84,7%	15,3%
	Razem	80,5%	19,5%

źródło: opracowanie własne

Analizując styl odżywiania mieszkańców województwa śląskiego w podziale ze względu na poziom wykształcenia- osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym najczęściej opisują swoją dietę, jako bogatą w tłuszcze roślinne oraz produkty pełnoziarniste i błonnik, ale jednocześnie z dużą obecnością czerwonego mięsa, które powinno jednak być ograniczane w diecie. Aczkolwiek biorąc pod uwagę deklarowane duże spożycie produktów działających ochronnie, można wysnuć wniosek o równoważeniu się poszczególnych elementów diety.

Z kolei osoby z wykształceniem średnim najczęściej deklarowały praktykowanie diety z przewagą tłuszczów zwierzęcych oraz dietę wysokoenergetyczną. Jeśli w tym wypadku ta duża ilość energii pochodzi właśnie z tłuszczów zwierzęcych- ten element stylu odżywiania należy uznać za czynnik ryzyka chorób cywilizacyjnych.

Mieszkańcy województwa śląskiego z wykształceniem wyższym najczęściej opisywali swoją dietę, jako ubogą w tłuszcze zwierzęce, bogatą w zdrowe kwasy tłuszczowe, obfitującą w warzywa i owoce. Stwierdzili jednocześnie, iż jest to dieta niskokaloryczna. Zapotrzebowanie energetyczne jest oczywiście zależne od wielu czynników (płci, wieku, trybu pracy, aktywności fizycznej), jednak zdrowa i zbilansowana dieta powinna w pełni pokrywać nasze zapotrzebowanie energetyczne, zatem dieta niskokaloryczna nie może być zawsze utożsamiana ze zdrową dietą- musi być analizowana w kontekście całego stylu życia danej osoby⁴⁵¹.

Tabela 25. Stwierdzenia opisujące sposób odżywiania badanych/ podział odpowiedzi ze względu na wiek

Dieta uboga w tłuszcze zwierzęce		Wybrano	Nie wybrano
Wiek	18-35 lat	85,5%	14,5%
	36-50 lat	72,4%	27,6%
	51-65 lat	66,7%	33,3%
	Razem	81,8%	18,2%

⁴⁵¹ por. B. Woynarowska, Zdrowe żywienie, 305-309.

Dieta bogata w zdrowe tłuszcze		Wybrano	Nie wybrano
Wiek	18-35 lat	75,2%	24,8%
	36-50 lat	87,4%	12,6%
	51-65 lat	66,7%	33,3%
	Razem	77,6%	22,4%
Dieta bogata w tłuszcze zwierzęce		Wybrano	Nie wybrano
Wiek	18-35 lat	64,2%	35,8%
	36-50 lat	60,0%	40,0%
	51-65 lat	70,1%	29,9%
	Razem	65,4%	34,6%
Dieta bogata w błonnik		Wybrano	Nie wybrano
Wiek	18-35 lat	60,6%	39,4%
	36-50 lat	58,6%	41,4%
	51-65 lat	53,3%	46,7%
	Razem	59,9%	40,1%
Dieta bogata w warzywa i owoce		Wybrano	Nie wybrano
Wiek	18-35 lat	64,4%	35,6%
	36-50 lat	66,0%	34,0%
	51-65 lat	33,3%	66,7%
	Razem	64,3%	35,7%
Dieta z przewagą czerwonego mięsa		Wybrano	Nie wybrano
Wiek	18-35 lat	80,9%	18,8%
	36-50 lat	88,5%	11,5%
	51-65 lat	93,3%	6,7%
	Razem	83,1%	16,7%
Dieta wysokoenergetyczna		Wybrano	Nie wybrano
Wiek	18-35 lat	59,6%	40,4%
	36-50 lat	88,5%	11,5%
	51-65 lat	93,3%	6,7%
	Razem	67,4%	32,6%
Dieta niskokaloryczna		Wybrano	Nie wybrano
Wiek	18-35 lat	84,0%	16,0%
	36-50 lat	71,3%	28,7%
	51-65 lat	66,7%	33,3%
	Razem	80,5%	19,5%

źródło: badania własne

Styl odżywiania respondentów w podziale ze względu na wiek, wygląda następująco: w grupie wiekowej 18-35 lat dominuje dieta uboga w tłuszcze zwierzęca, bogata w produkty pełnoziarniste i błonnik oraz dieta niskokaloryczna. Dwa pierwsze elementy są

godne pochwały i stanowią czynnik ochronny przed wieloma chorobami. Należy jednak zastanowić się nad kwestią niskokaloryczności diety, bowiem w wieku 18-35 lat na ogół zapotrzebowanie energetyczne jest największe.

Z kolei w przedziale 36-50 lat mieszkańcy województwa śląskie najczęściej opisywali swoją dietę, jako bogatą w zdrowe kwasy tłuszczowe oraz warzywa i owoce, co oczywiście stanowi prozdrowotny element codziennego odżywiania.

Najbardziej niepokojące odpowiedzi pojawiają się w najstarszej grupie wiekowej- 51-65 lat, gdzie dominuje dieta z przewagą tłuszczów zwierzęcych, czerwonego mięsa oraz dieta wysokoenergetyczna. Na ogół w tym przedziale wiekowym zapotrzebowanie kaloryczne jest najniższe ze względu na spadające wraz z wiekiem tempo metabolizmu. Ponadto częste spożywanie tłuszczów nasyconych i czerwonego mięsa przekłada się bezpośrednio na wzrost poziomu cholesterolu, a co za tym idzie zwiększone ryzyko pojawienia się zmian miażdżycowych⁴⁵².

Tabela 26. Stwierdzenia opisujące sposób odżywiania badanych/ podział odpowiedzi ze względu na miejsce zamieszkania

Dieta uboga w tłuszcze zwierzęce		Wybrano	Nie wybrano
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	80,3%	19,7%
	Średnie miasto	72,7%	27,3%
	Duże miasto	84,2%	15,8%
	Razem	81,8%	18,2%
Dieta bogata w zdrowe tłuszcze		Wybrano	Nie wybrano
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	75,5%	24,5%
	Średnie miasto	100%	0,0%
	Duże miasto	78,8%	21,2%
	Razem	77,6%	22,4%
Dieta bogata w tłuszcze zwierzęce		Wybrano	Nie wybrano
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	65,5%	34,5%
	Średnie miasto	63,6%	36,4%
	Duże miasto	65,4%	34,6%
	Razem	65,4%	34,6%
Dieta bogata w błonnik		Wybrano	Nie wybrano
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	58,7%	41,3%
	Średnie miasto	61,2%	38,8%
	Duże miasto	63,6%	36,4%
	Razem	59,9%	40,1%

⁴⁵² por. E. Suliga, Zachowania zdrowotne związane z żywieniem osób dorosłych i starszych... op. cit.

Dieta bogata w warzywa i owoce		Wybrano	Nie wybrano
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	60,6%	39,4%
	Średnie miasto	100%	0,0%
	Duże miasto	66,7%	33,3%
	Razem	64,3%	35,7%
Dieta z przewagą czerwonego mięsa		Wybrano	Nie wybrano
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	84,1%	15,9%
	Średnie miasto	81,8%	9,1%
	Duże miasto	81,8%	18,2%
	Razem	83,1%	16,7%
Dieta wysokoenergetyczna		Wybrano	Nie wybrano
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	82,2%	17,8,2%
	Średnie miasto	59,1%	40,9%
	Duże miasto	77,0%	23,0%
	Razem	67,4%	32,6%
Dieta niskokaloryczna		Wybrano	Nie wybrano
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	81,8%	18,2%
	Średnie miasto	90,9%	9,1%
	Duże miasto	77,6%	22,4%
	Razem	80,5%	19,5%

źródło: badania własne

Analizując styl odżywiania mieszkańców województwa śląskiego w podziale ze względu na miejsce zamieszkania, w małych miastach i na wsiach dominuje tradycyjny styl odżywiania- z przewagą czerwonego mięsa, dużą ilością tłuszczów zwierzęcych i wysoką zawartością energii. Z kolei w średnich miastach dominuje dieta obfitująca w zdrowe kwasy tłuszczowe oraz niskokaloryczna, zaś w dużych miastach- uboga w tłuszcze zwierzęce, ale bogata w produkty pełnoziarniste i błonnik. Zatem najbardziej ryzykowany jest styl odżywiania mieszkańców wsi oraz małych miast.

W dalszej kolejności przeanalizowano stosowanie przez respondentów specjalnych rodzajów diet. Kwestia ta jest niezwykle istotna bowiem wszelkie odchylenia od zalecanych norm żywieniowych (bez konsultacji lekarskich) mogą z czasem zaszkodzić zdrowiu⁴⁵³.

⁴⁵³ por. D. Gawlik, Kultura masowa jako wyznacznik stylu życia psychospołecznego funkcjonowania człowieka (konteksty zdrowotne i pedagogiczne), w: Psychospołeczne i środowiskowe konteksty zdrowia i choroby, red. K. Borzucka- Sitkiewicz, wyd. UŚ, Katowice 2016, s. 125-143.

Tabela 27. Stosowanie specjalnych diet przez respondentów

		Tak	Nie	Brak odp
Płeć	Kobieta	36,5%	62,4%	1,2%
	Mężczyzna	43,4%	54,3%	2,3%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	40,3%	56,5%	3,2%
	Średnie	36,8%	62,0%	1,2%
	Wyższe	43,8%	55,0%	1,3%
Wiek	18-35	41,8%	57,4%	0,7%
	36-50	29,9%	65,5%	4,6%
	51-65	33,3%	66,7%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	38,0%	60,1%	1,9%
	Średnie miasto	54,5%	45,5%	0,0%
	Duże miasto	38,8%	60,0%	1,2%
	Razem	38,8%	59,6%	1,6%
		χ^2	p	
	Płeć	2,000	0,157	
	Wykształcenie	1,392	0,499	
	Wiek	3,379	0,185	
	Miejsce zamieszkania	1,097	0,578	

źródło: badania własne

Analizując rozkład częstości odpowiedzi ogółem, zdecydowana większość (prawie 60%) mieszkańców województwa śląskiego deklaruje, iż nie stosuje i nie stosowało w ostatnim czasie żadnej specjalnej diety. Prawie 40% stwierdziło, iż taką dietę stosowało. Co ciekawe, w podziale odpowiedzi ze względu na płeć, widać nieco większy udział procentowy mężczyzn w stosowaniu diet (43,4%), w porównaniu z kobietami (36,5%). Tymczasem B. Tobiasz- Adamczyk wskazuje na większą podatność płci żeńskiej na presję związaną ze stosowaniem różnego rodzaju diet oraz sprawdzania kaloryczności posiłków⁴⁵⁴. Jak wynika jednak z analizy stwierdzeń opisujących styl odżywiania, mieszkanki województwa śląskiego bardziej przestrzegają zasad racjonalnego odżywiania w porównaniu z mężczyznami. Zatem mimo, iż nie stosują żadnych specjalnych diet, w większości wcielają w życie zalecenia dotyczące prozdrowotnych nawyków w zakresie odżywiania, są więc bardziej skłonne analizować spożywane produkty biorąc pod uwagę kontekst prozdrowotny. Natomiast diety wskazywane w większości przez mężczyzn z województwa śląskiego, miały związek ze

⁴⁵⁴ por. B. Tobiasz- Adamczyk, Preferencje, wybory określonych produktów żywnościowych... op. cit., s. 44.

zwiększonym zapotrzebowaniem na konkretne składniki odżywcze (białko, węglowodany) w związku z uprawianą aktywnością (ćwiczenia na siłowni).

Biorąc pod uwagę poziom wykształcenia, większość osób na każdym poziomie wykształcenia nie stosuje i nie stosowało w ostatnim czasie żadnej diety. Widać jedynie nieco większy udział procentowy (prawie 44%) osób z wykształceniem wyższym w stosowaniu diet. Z kolei w podziale ze względu na wiek, większy udział procentowy osób stosujących diety dotyczy przedziału wiekowego 18-35 lat (prawie 42%). Analizując odpowiedzi ze względu na miejsce zamieszkania z kolei, w średnich miastach większość osób (54,5%) stosuje lub stosowała w przeszłości specjalny rodzaj diety. Biorąc pod uwagę prawdopodobieństwo obserwowane, nie stwierdza się zależności między stosowaniem diet, a płcią, wykształceniem, wiekiem i miejscem zamieszkania.

W celu stwierdzenia, czy stosowanie diet przez mieszkańców województwa śląskiego może stanowić czynnik zagrażający zdrowiu, postanowiono przeanalizować także kwestie związane ze źródłami informacji na temat diet oraz powody ich stosowania. Szczegółowe dane zawiera tabela poniżej (dane dotyczą wyłącznie osób deklarujących stosowanie diet).

Tabela 28. Źródła informacji na temat stosowanych przez badanych diet oraz powody ich stosowania

Źródła informacji na temat stosowanej diety	Książki	Internet, gazety, TV	Lekarz	Znajomi	Sam/Sama	Inne	Brak odp
Kobieta	10,5%	31,6%	12,6%	15,8%	26,3 %	2,1%	1,1%
Mężczyzna	3,4%	33,9%	11,9%	25,4%	16,9 %	6,8%	1,7%
Razem	7,8%	32,5%	12,3%	19,5%	22,7 %	3,9%	1,3%
	χ^2	p					
Płeć	7,647	0,177					
Powody stosowania diety	Znajomi są szczupli	Wpływ mediów	Sugestie bliskich	Chęć bycia zdrowym	Inne	Brak odp	
Kobieta	18,8%	11,5%	8,3%	60,4%	0,0%	1,0%	
Mężczyzna	18,6%	15,3%	6,8%	54,2%	1,7%	3,4%	
Razem	18,7%	12,9%	7,7%	58,1%	0,6%	1,9%	
	χ^2	p					
Płeć	2,383	0,666					

źródło: badania własne

Jako najczęstsze źródło informacji ankietowani (32,5%) wskazywali Internet, gazety oraz programy telewizyjne. Z kolei 22,7% respondentów ogółem wskazało, że sami wymyślili sobie dietę, nie musieli więc czerpać informacji z żadnych specjalnych źródeł. Zaledwie 12% badanych, jako źródło informacji na temat diety wymieniło specjalistę (lekarza, dietetyka). Biorąc pod uwagę podział odpowiedzi ze względu na płeć, większa część kobiet w porównaniu z mężczyznami, wymienia jako źródło informacji książki oraz samodzielne skonstruowanie diety. Zaś w wypadku mężczyzn większy odsetek (niż w wypadku kobiet), jako źródło informacji podał rekomendacje znajomych.

Zatem niepokojący jest fakt, iż mieszkańcy województwa śląskiego nie konsultowali wybieranych diet z specjalistami, a raczej odwoływali się do nierzetelnych informacji płynących z mediów. W kolorowych czasopiśmie oraz na portalach internetowych ciągle pojawiają się coraz to nowe informacje na temat „cudownych” diet oraz zachęty, aby z nich korzystać w celu osiągnięcia wymarzonej sylwetki. Tymczasem niektóre rodzaje diet w rezultacie mogą okazać się nie tylko nieskuteczne, ale również niebezpieczne⁴⁵⁵!

Co ciekawe, jako powody stosowania diet mieszkańcy województwa śląskiego ogółem, jak i w podziale ze względu na płeć, większości deklarują względy zdrowotne („*chęć bycia szczupłym/szczupłą wynikała z chęci bycia zdrowym/zdrowym*”). Zatem pojawia się pewna sprzeczność- skoro względy zdrowotne dominują w motywacji mieszkańców województwa śląskiego w zakresie stosowania diet, to powinni oni raczej czerpać informacje na ich temat z rzetelnych i sprawdzonych źródeł- najlepiej od specjalistów z dziedziny dietetyki, zaś informacje płynące z mediów, czy rekomendacje znajomych traktować, jako źródła dodatkowe, a nie odwrotnie. Ponadto powiązanie szczupłego ciała z „*byciem zdrowym*” jest swoistym uproszczeniem wielowymiarowości zdrowia i wpisuje się we współczesny medialny trend związany z kultem idealnego ciała i komercjalizacją zdrowia (szczegółowe informacje o tych zjawiskach zawierają rozdziały teoretyczne niniejszej dysertacji).

Kolejną przeanalizowaną kwestią, nieco antagonistyczną do tej omówionej wyżej, jest sięganie po żywność typu fast-food. Żywność ta jest wysokoprzetworzona, zawiera nadmierne ilości kalorii, niezdrowych tłuszczów i węglowodanów. Specjaliści alarmują, iż sięganie po tego typu jedzenie jest jedną z przyczyn epidemii nadwagi i otyłości w krajach rozwiniętych. Częstość sięgania po niezdrową żywność typu fast-food przez mieszkańców województwa śląskiego, zawiera tabela poniżej.

⁴⁵⁵ por. D. Gawlik, Kultura masowa jako wyznacznik stylu życia... op. cit., s. 125-143.

Tabela 29. Częstość spożywania przez badanych żywności typu fast-food

		Kilka razy w tyg.	Raz w tyg.	Kilka razy w m-cu	Raz w m-cu	Rzadziej niż raz w m-cu	Wcale	Brak odp
Płeć	Kobieta	3,1%	9,8%	24,7%	12,2%	32,2%	17,3%	0,8%
	Mężczyzna	7,8%	17,1%	21,7%	24,8%	14,7%	14,0%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	8,1%	11,3%	24,2%	14,5%	29,0%	12,9%	0,0%
	Średnie	4,5%	14,0%	24,4%	17,4%	23,6%	15,3%	0,8%
	Wyższe	2,5%	7,5%	21,3%	15,0%	32,5%	21,3%	0,0%
Wiek	18-35	6,0%	14,9%	26,2%	15,6%	25,5%	11,0%	0,7%
	36-50	1,1%	4,6%	16,1%	20,7%	31,0%	26,4%	0,0%
	51-65	0,0%	6,7%	20,0%	6,7%	13,3%	53,3%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	2,4%	16,3%	21,2%	18,3%	25,0%	15,9%	1,0%
	Średnie miasto	18,2%	18,2%	18,2%	18,2%	9,1%	18,2%	0,0%
	Duże miasto	6,7%	6,7%	27,3%	13,9%	29,1%	16,4%	0,0%
	Razem	4,7%	12,2%	23,7%	16,4%	26,3%	16,1%	0,5%
		χ^2	p					
	Płeć	26,648	0,000					
	Wykształcenie	17,844	0,058					
	Wiek	79,990	0,000					
	Miejsce zamieszkania	39,722	0,000					

źródło: badania własne

Analizując rozkład częstości odpowiedzi ogółem, widoczne jest sporo zróżnicowanie. 26,3% respondentów deklaruje spożywanie fast-foodów raz w miesiącu lub rzadziej, niewiele mniej, bo 23,7%- kilka razy w miesiącu. Sięganie po żywność typu fast-food raz w miesiącu deklaruje 16,4% badanych, a 16,1% w ogóle nie spożywa takiej żywności. Z kolei 12,2% mieszkańców województwa śląskiego sięga po taką żywność często- raz w tygodniu, a 4,7% robi to kilka razy w tygodniu. Badania CBOS z 2016 roku dotyczące różnych zachowań zdrowotnych wskazują, iż 52% Polaków nigdy lub prawie nigdy nie spożywa żywności typu fast-food, ale 36% robi to dość często- minimum kilka razy w tygodniu⁴⁵⁶. Zatem mieszkańcy województwa śląskiego na tle tych badań wypadają nieco lepiej. Z kolei wyniki badań CBOS z 2014 roku skupiające się wyłącznie na zwyczajach żywieniowych wskazują, że 66% Polaków nie spożywa takich dań, a 22% robi to raz w miesiącu lub rzadziej⁴⁵⁷. Zatem

⁴⁵⁶ CBOS Komunikat z badań, Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków... op. cit. s. 12.

⁴⁵⁷ CBOS Komunikat z badań, Zachowania żywieniowe Polaków...op. cit., s. 4.

w porównaniu z tymi badaniami mieszkańcy województwa śląskiego częściej sięgają po niezdrową żywność typu fast-food.

Biorąc pod uwagę rozkład odpowiedzi w podziale na płeć zauważyć można, iż kobiety rzadziej niż mężczyźni sięgają po fast-foody. 32,2% badanych kobiet sięga po nie rzadziej niż raz w miesiącu, tylko niespełna 12% kobiet deklaruje częste spożywanie tego typu żywności- kilka razy w tygodniu lub raz w tygodniu. Z kolei 24,8% mężczyzn sięga po fast-foody raz w miesiącu, jednak widać większy udział procentowy mężczyzn w częstym spożywaniu takiej żywności- prawie 25% robi to raz w tygodniu lub kilka razy w tygodniu.

Według kategorii poziomu wykształcenia, najrzadsze sięganie po fast-foody deklarują osoby z wyższym wykształceniem (32,5%). Zaś biorąc pod uwagę podział odpowiedzi ze względu na wiek, najrzadziej po tego typu żywność sięgają osoby w wieku 51-65 lat- 53,3% respondentów w tym wieku wcale nie spożywa takiej żywności. Natomiast najczęstsze spożywanie żywności typu fast-food dotyczy osób w wieku 18-35 lat- prawie 21% osób z tej grupy wiekowej często sięga po taką żywność (raz w tygodniu lub kilka razy w tygodniu). Zaś 24,4% badanych z tej grupy deklaruje spożycie fast-foodów kilka razy w miesiącu. Rozkład częstości odpowiedzi w kategorii miejsca zamieszkania wskazuje na największy udział procentowy w częstym spożywaniu żywności typu fast-food mieszkańców średnich miast, a najmniejszy osób zamieszkujących duże miasta.

Powyższe zależności i zróżnicowanie potwierdza analiza prawdopodobieństwa obserwowanego, które dla kategorii płci, wieku i miejsca zamieszkania wynosi 0,00 ($p < 0,05$), czyli w tym wypadku można mówić o zależności między zmiennymi. Zaś w kategorii wykształcenia prawdopodobieństwo obserwowane wynosi 0,058 ($p > 0,05 < 1$), zatem tutaj nie występuje zależność, ale pojawia się tendencja do różnic w odpowiedziach.

Warto również bliżej przyjrzeć się kwestii powodów sięgania po niezdrową żywność typu fast-food- szczegółowe informacje zawiera poniższa tabela.

Tabela 30. Powody sięgania przez badanych po żywność typu fast- food

Powody sięgania po żywność typu fast-food	Smak	Brak czasu	Wpływ reklam	Wszyscy korzystają	Inne	Brak odp
Kobieta	61,4%	21,9%	3,3%	5,2%	7,1%	1,0%
Mężczyzna	71,6%	18,3%	2,8%	6,4%	0,9%	0,0%
Razem	64,9%	20,7%	3,1%	5,6%	5,0%	0,6%

źródło: badania własne

Najczęściej wymienianym powodem (prawie 65% badanych spożywających fast-foody) są względy smakowe. Fakt ten oczywiście nie dziwi, bowiem żywność ta jest naszpikowana wzmacniaczami i ulepszaczami smaku. Ponadto, jak wskazują doniesienia specjalistów, tłuszcz jest nośnikiem smaku, a w połączeniu z węglowodanami tworzy zabójczą mieszankę mającą nawet właściwości uzależniające⁴⁵⁸. Kolejnym często wymienianym (lecz o wiele rzadziej niż względy smakowe) powodem sięgania po fast-foody jest brak czasu. Nie ulega wątpliwości, iż bary szybkiej obsługi bazują na współczesnym szybkim tempie życia i wszechobecnym braku czasu i poprzez reklamy zachęcają konsumentów do ułatwienia sobie życia i skorzystania z ich oferty⁴⁵⁹. Badani wybierający odpowiedź podpunkt „inne” wskazywali najczęściej na łatwość dostępu do takiej żywności.

Warto zatem przeanalizować kwestię znaczenia przekazów medialnych zarówno dla kwestii korzystania z restauracji szybkiej obsługi, gotowych półproduktów żywnościowych oraz zdrowego odżywiania. Szczegółowe informacje zawiera poniższa tabela.

Tabela 31. Znaczenie przekazów medialnych dla zdrowego odżywiania, korzystania z restauracji typu fast-food oraz

Zdrowe odżywianie		Tak	Nie
Płeć	Kobieta	34,9%	65,1%
	Mężczyzna	24,8%	75,2%
	Razem	31,5%	68,5%
Restauracje fast-food		Tak	Nie
Płeć	Kobieta	35,3%	64,7%
	Mężczyzna	43,4%	56,6%
	Razem	38,0%	62,0%
Gotowe półprodukty		Tak	Nie
Płeć	Kobieta	39,2%	60,8%
	Mężczyzna	33,3%	66,7%
	Razem	36,2%	63,8%

źródło: badania własne

W zakresie znaczenia przekazów medialnych (głównie o charakterze reklamowym), w dokonywaniu przez mieszkańców województwa śląskiego wyborów określonych produktów (niezdrowych, jak fast-foody, gotowe półprodukty oraz tych zdrowych) widać wyraźnie, iż w każdej analizowanej kategorii produktów, respondenci deklarują w większości, iż przekazy medialne nie zachęciły ich do tego typu wyborów. W zakresie zdrowego

⁴⁵⁸ por. <http://zdrowie.dziennik.pl/dziecko/artykuly/464719,dlaczego-dzieci-lubia-slodycze-i-fastfoody.html> [dostęp z dn.18.03.2018 r.].

⁴⁵⁹ por. Z. Melosik, McDonald's, tożsamość i zdrowie, w: Ciała i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji, red. Z. Melosik, wyd. Edytor, Toruń-Poznań 1999, s. 104.

odżywiania z kolei zauważyć można, że kobiety (prawie 35%) częściej niż mężczyźni, deklarują zachęcenie ich przez przekazy medialne do wyborów takiej żywności. Podobnie rzecz się ma z gotowymi półproduktami. Z kolei w wypadku fast- foodów sytuacja wygląda odwrotnie- ponad 43% mężczyzn deklaruje wpływ przekazów medialnych na ich wybory w tym zakresie. Oczywiście fakt, iż zdecydowana większość mieszkańców województwa śląskiego deklaruje brak wpływu przekazów medialnych na ich wybory żywieniowe nie oznacza, iż taka zależność nie występuje, bowiem może ona mieć charakter nieuświadomiony. Na ocenę tej zależności pozwoli dopiero analiza części weryfikacyjnej badań własnych, znajdująca się w dalszej części dysertacji.

Podsumowując można stwierdzić, że mieszkańcy województwa śląskiego charakteryzują się względnie prawidłowymi zachowaniami zdrowotnymi w zakresie odżywiania. Spożywają właściwą ilość posiłków- chociaż w tym zakresie najlepsze wyniki uzyskały kobiety. Ponadto spożywają sporą ilość owoców, ale w tym wypadku kobiety spożywają ich mniej. Zaś biorąc pod uwagę sięganie po słodycze- mieszkańcy województwa śląskiego robią to dość często. Tymczasem warto wziąć pod uwagę zalecenia dietetyczne, aby 80% spożywanych w ciągu tygodnia pokarmów była jak najzdrowsza i nieprzetworzona, a pozostałe 20% mogą stanowić produkty, które po prostu lubimy. Taki „złoty środek”, unikanie skrajności i racjonalne podejście do zdrowego stylu życia mogą sprawić, iż łatwiej wdrażać go w codzienne życie. Jednak mieszkańcy województwa śląskiego spożywają zbyt mało warzyw (kobiety jedzą je zdecydowanie częściej), dość często sięgają też po słodkie napoje (tutaj dominują mężczyźni) oraz podjadają pomiędzy posiłkami. Ogólny styl odżywiania badanych jest dobry- jednak bardziej prozdrowotne zachowania wykazują w tym wypadku kobiety- w porównaniu z mężczyznami. Mieszkańcy województwa śląskiego rzadko sięgają po fast-foody, nie stosują specjalnych diet, a jeśli chodzi o wpływ przekazów reklamowych na ich wybory- deklarują w większości brak takiego wpływu.

Kolejną istotną kwestią (obok sposobu odżywiania) jest codzienna aktywność fizyczna oraz zachowania związane z szeroko pojętą dbałością o ciało- informacje na ten temat zawiera kolejny podrozdział.

5.3. Zachowania zdrowotne mieszkańców województwa śląskiego w zakresie aktywności fizycznej i dbałości o ciało

Jak wykazano już w części teoretycznej aktywność fizyczna jest, obok sposobu żywienia, bardzo istotnym elementem prozdrowotnego stylu życia. „*Systematyczna aktywność ruchowa jest obowiązkiem człowieka w stosunku do własnego zdrowia*”⁴⁶⁰ i określa się ją mianem treningu zdrowotnego, czyli świadomego działania polegającego na celowym wykorzystaniu ściśle określonych pod względem formy, objętości, intensywności, częstotliwości, ćwiczeń fizycznych dla uzyskania określonych efektów⁴⁶¹. Specjaliści zdrowia publicznego zwracają uwagę na zagrożenia zdrowotne wywoływane przez powszechną hipokinezję. Niska aktywność fizyczna i bierne sposoby spędzania wolnego czasu stanowią poważny czynnik ryzyka wielu chorób cywilizacyjnych⁴⁶².

Tymczasem najnowsze zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia określają dawki aktywności fizycznej pozytywnie wpływające na zdrowie. Osoby zdrowe w wieku 18-64 lata powinny podejmować wysiłki umiarkowane minimum 150 minut w tygodniu lub intensywne minimum 75 minut tygodniowo⁴⁶³.

Dbałość o ciało z kolei jest niezbędna do utrzymania i doskonalenia zdrowia. Aktualnie dbałość o ciało nabiera wymiaru społeczno- kulturowego poprzez dostosowywanie jego funkcji i kształtu do norm społeczno- kulturowych⁴⁶⁴. Obecny w przekazach medialnych *kult ciała* implikuje oprócz tradycyjnie rozumianej higieny i pielęgnacji ciała, nowe rodzaje zachowań związanych z ubiorem, upiększaniem, stosowaniem różnego rodzaju zabiegów oraz kosmetyków. Wiele nowych zjawisk i zachowań może sprzyjać trosce o zdrowie, ale także stanowić dla niego zagrożenie. Wśród takich zagrażających praktyk wymienia się chociażby stosowanie różnego rodzaju suplementów (często o wątpliwej jakości i skuteczności)

⁴⁶⁰ A. Jegier, Aktywność ruchowa w promocji zdrowia oraz zapobieganiu i leczeniu chorób przewlekłych, w: Medycyna sportowa, red. A. Jegier, K. Nazar, A. Dziak, wyd. Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej, Warszawa 2005, s. 203.

⁴⁶¹ Ibidem

⁴⁶² B. Woynarowska, Aktywność fizyczna : Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania, red. B. Woynarowska B., Kowalewska A., Izdebski Z., wyd. PWN, Warszawa 2010, s.207.

⁴⁶³ Kantar Public, Ministerstwa Sportu i turystyki, Poziom aktywności fizycznej Polaków 2017, s.3

⁴⁶⁴ M. Demel, Pedagogika zdrowia „Chowanna” t.1, s.13-26.

Tabela 32. Stosowanie przez badanych suplementów dostępnych bez recepty

		TAK	NIE	Brak odp
Płeć	Kobieta	26,3%	73,7%	0,0%
	Mężczyzna	30,2%	69,8%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	32,3%	67,7%	0,0%
	Średnie	25,6%	74,4%	0,0%
	Wyższe	30,0%	70,0%	0,0%
Wiek	18-35	27,0%	73,0%	0,0%
	36-50	29,9%	70,1%	0,0%
	51-65	26,7%	73,3%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	26,0%	74,0%	0,0%
	Średnie miasto	45,5%	54,5%	0,0%
	Duże miasto	28,5%	71,5%	0,0%
	Razem	27,6%	72,4%	0,0%
		χ^2	p	
	Płeć	0,672	0,413	
	Wykształcenie	1,379	0,502	
	Wiek	0,293	0,864	
	Miejsce zamieszkania	2,099	0,350	

źródło: badania własne

Zdecydowana większość mieszkańców województwa śląskiego ogółem (72,4%) twierdzi, iż nie stosuje żadnych suplementów diety, 27,6% deklaruje stosowanie takich suplementów. Podobne wyniki otrzymano w badaniach GUS z 2014, zgodnie z którymi ¼ dorosłych Polaków stosuje suplementy witaminowe oraz leki dostępne bez recepty⁴⁶⁵.

Biorąc pod uwagę kategoryzację odpowiedzi z uwzględnieniem płci- w deklarowaniu stosowania suplementów diety dominują mężczyźni (ponad 30%) w porównaniu z kobietami (ponad 26%). Najczęściej wymienianymi przez mężczyzn zażywanyymi suplementami są: białko, aminokwasy, węglowodany (stosowane podczas intensywnych treningów; witaminy i mikroelementy dla sportowców; leki bez recepty regenerujące wątrobę, suplementy przyspieszające spalanie tłuszczu; keratyna. Z kolei kobiety najczęściej stosują: różnego rodzaju witaminy i mikroelementy; tran; suplementy na włosy, skórę i paznokcie; suplementy i herbatki przyspieszające odchudzanie.

⁴⁶⁵ GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku, Warszawa 2016, s.2.

Rozkład częstości odpowiedzi z uwzględnieniem kryterium wykształcenia wskazuje na największy udział procentowy w stosowaniu suplementów diety osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym (32,3%), w porównaniu z pozostałymi grupami odzwierciedlającymi poziom wykształcenia.

Różnicując odpowiedzi pod względem wieku respondentów zauważyć można, że największy udział procentowy w zażywaniu suplementów mają osoby w przedziale wiekowym 36-50 lat. Prawie 30% z nich deklaruje stosowanie suplementów, tymczasem w pozostałych grupach wiekowych odsetek ten wynosi 27% dla przedziału 18-35 lat oraz 26,7% dla przedziału 51-65 lat. Podobnie badania E. Suligi dotyczące zachowań zdrowotnych osób dorosłych i seniorów wskazują, iż zdecydowana większość osób w takiej kategorii wiekowej jednak nie sięga po suplementy diety⁴⁶⁶.

Z kolei biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania- najczęściej osób zażywających suplementy zamieszkuje średnie miasta (45,5% osób z tej grupy deklaruje stosowanie suplementów). Zaś najmniejszy odsetek stosujących suplementy to mieszkańcy wsi lub małych miast (26%). Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego nie potwierdza występowania zależności w odniesieniu do żadnej zmiennej pośredniczącej.

Dbłość o ciało wiąże się z regularną aktywnością fizyczną- te kwestie omówiono poniżej.

Tabela 33. Aktywność fizyczna respondentów

		Tak, codziennie	Tak, kilka razy w tygodniu	Tak, ale kilka razy w miesiącu	Raczej nie, tylko raz w miesiącu lub rzadziej	Zdecydo wanie nie	Inne	Brak odp
Płeć	Kobieta	19,6%	37,3%	23,5%	18,0%	1,6%	0,0%	0,0%
	Mężczyzna	38,8%	24,0%	17,1%	10,9%	7,0%	2,3%	0,0%
Wykształce nie	Podstawowe lub zawodowe	37,1%	33,9%	16,1%	6,5%	6,5%	0,0%	0,0%
	Średnie	26,0%	31,4%	20,7%	18,2%	2,5%	1,2%	0,0%
	Wyższe	17,5%	36,3%	27,5%	15,0%	3,8%	0,0%	0,0%
Wiek	18-35	28,4%	31,2%	21,6%	16,0%	1,8%	1,1%	0,0%
	36-50	20,7%	34,5%	20,7%	14,9%	9,2%	0,0%	0,0%
	51-65	13,3%	53,3%	20,0%	13,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Miejsce zamieszka nia	Wieś lub małe miasto	30,3%	35,6%	17,3%	12,0%	3,4%	1,4%	0,0%
	Średnie miasto	18,2%	27,3%	36,4%	18,2%	0,0%	0,0%	0,0%

⁴⁶⁶ por. E. Suliga, Zachowania zdrowotne związane z żywieniem osób dorosłych i starszych... op. cit.

	Duże miasto	21,2%	29,7%	25,5%	20,0%	3,6%	0,0%	0,0%
	Razem	26,0%	32,8%	21,4%	15,6%	3,4%	0,8%	0,0%
		χ^2	p					
	Płeć	34,476	0,000					
	Wykształcenie	16,341	0,090					
	Wiek	17,265	0,069					
	Miejsce zamieszkania	15,049	0,130					

źródło: badania własne

Analizując aktywność fizyczną mieszkańców województwa śląskiego zauważyć można, że większość (choć nieznaczna- 32,8%) uprawia taką aktywność kilka razy w tygodniu. 26% respondentów ogółem deklaruje codzienną aktywność fizyczną, ponad 21% - kilka razy w miesiącu, 15,6%- raz w miesiącu a nawet rzadziej. 3,4% mieszkańców województwa śląskiego deklaruje brak aktywności fizycznej w codziennym życiu. Respondenci wybierający odpowiedź „inne” najczęściej podkreślali, iż są aktywni wówczas, gdy mają na to czas i ochotę, nie precyzując dokładnie częstotliwości. Biorąc pod uwagę wyniki ogólnopolskich badań GUS- tylko co szósty Polak deklaruje aktywność fizyczną zgodną z zaleceniami WHO, czyli minimum 150 minut tygodniowo⁴⁶⁷. Z kolei badania TNS z 2015 roku „Aktywność sportowa Polaków” wskazują, że co trzeci Polak nie podejmuje aktywności fizycznej, ale jednocześnie występuje taki sam odsetek osób uprawiających aktywność fizyczną kilka razy w tygodniu. Można zatem wysnuć wniosek, iż mieszkańcy województwa śląskiego się nieco bardziej aktywni fizycznie w porównaniu z ogółem Polaków⁴⁶⁸.

Rozkład częstość odpowiedzi z uwzględnieniem kryterium płci ukazuje zróżnicowanie w częstotliwości aktywności fizycznej kobiet i mężczyzn. Wynika z niego, iż prawie 40% mężczyzn uprawia aktywność fizyczną codziennie (w wypadku kobiet odsetek ten wynosi tylko 19,6%). Większość kobiet z kolei (ponad 37%) uprawia aktywność fizyczną kilka razy w tygodniu. Badania TNS potwierdzają, iż mężczyźni częściej podejmują aktywność fizyczną niż kobiety⁴⁶⁹.

Zgodnie z kryterium wykształcenia- największy odsetek osób uprawiających codzienną aktywność znajduje się wśród osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym (ponad 37%). Z kolei wśród osób na pozostałych poziomach wykształcenia dominuje aktywność fizyczna kilka razy w tygodniu.

⁴⁶⁷ GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku, Warszawa 2016, s.94.

⁴⁶⁸ TNS Aktywność sportowa Polaków, Raport z badań, s. 5.

⁴⁶⁹ Ibidem s. 5.

Uwzględniając przedział wiekowy respondentów- we wszystkich grupach wiekowych dominuje aktywność fizyczna kilka razy w tygodniu, jednak w grupie wiekowej 51-65 lat odsetek osób uprawiających aktywność fizyczną w takiej częstotliwości jest największy (wynosi ponad 53%). Z kolei w grupie wiekowej 18-35 lat dostrzec można spory odsetek osób uprawiających aktywność fizyczną codziennie (ponad 28%). Ten rozkład odpowiedzi wskazuje, iż mieszkańcy województwa śląskiego są bardziej aktywni niż ogół Polaków. Bowiem zgodnie z badaniami GUS poziom aktywności fizycznej spada wraz z wiekiem i w przedziale wiekowym 50 lat wzwyż wynosi niecałe 14%⁴⁷⁰.

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania respondentów- mieszkańcy wsi lub małych miast oraz dużych miast najczęściej uprawiają aktywność fizyczną kilka razy w tygodniu, zaś mieszkańcy średnich miast- tylko kilka razy w miesiącu. Również wśród mieszkańców wsi lub małych miast występuje największy odsetek osób aktywnych fizycznie każdego dnia (w porównaniu z pozostałymi grupami w ramach tej kategorii). Na podobną zależność wskazują badania GUS- mieszkańcy wsi są bardziej aktywni niż mieszkańcy miast⁴⁷¹.

Analiza wartości prawdopodobieństwa obserwowanego potwierdza występowanie zależności między częstością uprawiania aktywności fizycznej a kryterium płci- mężczyźni częściej są aktywni fizycznie niż kobiety. Zaś w odniesieniu do kryterium wykształcenia oraz wieku, wartość prawdopodobieństwa obserwowanego ($p > 0,05 < 0,1$) potwierdza jedynie tendencję do różnic w odpowiedziach między poszczególnymi grupami.

Warto bliżej przyjrzeć się jaki rodzaj aktywności fizycznej dominuje wśród badanych- czy jest to aktywność o wysokiej, niskiej, czy też umiarkowanej intensywności. Szczegółowe dane na temat rodzaju uprawianej aktywności znaleźć można w poniższej tabeli.

Tabela 34. Rodzaj najczęściej uprawianej przez badanych aktywności ruchowej (możliwy wybór maksymalnie dwóch rodzajów aktywności)- płeć

Spacer, marsz		Wybrano	Nie wybrano	Brak
Płeć	Kobieta	65,5%	34,5%	0,0%
	Mężczyzna	75,2%	24,0%	0,8%
	Razem	68,8%	31,0%	0,3%
Jazda na rowerze		Wybrano	Nie wybrano	Brak
Płeć	Kobieta	64,7%	35,3%	0,0%
	Mężczyzna	65,9%	33,3%	0,8%
	Razem	65,1%	34,6%	0,3%

⁴⁷⁰ GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku, Warszawa 2016, s.95.

⁴⁷¹ por. Ibidem s. 95.

Jogging		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Płeć	Kobieta	83,1%	16,9%	0,0%
	Mężczyzna	82,2%	17,1%	0,8%
	Razem	82,8%	16,9%	0,3%
Basen		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Płeć	Kobieta	76,9%	23,1%	0,0%
	Mężczyzna	82,9%	16,3%	0,8%
	Razem	78,9%	20,8%	0,3%
Fitness, aerobik, itp.		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Płeć	Kobieta	89,9%	9,3%	0,8%
	Mężczyzna	74,1%	25,5%	0,4%
	Razem	79,4%	20,1%	0,5%
Dyscyplina sportu		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Płeć	Kobieta	90,6%	8,6%	0,8%
	Mężczyzna	79,1%	20,2%	0,8%
	Razem	86,7%	12,5%	0,8%
Siłownia		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Płeć	Kobieta	76%	24%	0,0%
	Mężczyzna	87,5%	11,8%	0,8%
	Razem	83,6%	15,9%	0,5%

źródło: badania własne

Biorąc pod uwagę płeć respondentów- 65,5% kobieta, a 72,2% mężczyzn- uprawia najczęściej spacer, marsz lub marsz z kijkami. Prawie 65% kobiet i prawie 66% mężczyzn głównie jeździ na rowerze. Z kolei 83% kobiet i ponad 82% mężczyzn biega lub uprawia jogging. Prawie 77% kobiet i prawie 83% mężczyzn- uczęszcza na basen, a prawie 90% i 75% mężczyzn- uprawia różnego typu ćwiczenia (m.in. aerobik, fitness, pilates). Ponad 90% kobiet uprawia również jakąś dyscyplinę sportu (podobnie jak ponad 79% mężczyzn). Zaś 87,5% mężczyzn i 76% kobiet trenuje na siłowni.

Z kolei wśród odpowiedzi ogółem- dwoma najczęściej wybieranymi rodzajami uprawianej aktywności fizycznej są: uprawianie dyscypliny sportowej oraz trening na siłowni.

Z kolei badania TNS 2015 „Aktywność sportowa Polaków” wskazują, iż najchętniej wybieranymi rodzajami aktywności fizycznej bez względu na wiek, płeć i inne zmienne, są: jazda na rowerze, bieganie oraz pływanie⁴⁷².

⁴⁷² TNS Aktywność sportowa Polaków, Raport z badań, s. 5.

Tabela 35. Rodzaj najczęściej uprawianej przez badanych aktywności ruchowej (możliwy wybór maksymalnie dwóch rodzajów aktywności)- wykształcenie

Spacer, marsz		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	72,6%	25,8%	1,6%
	Średnie	69,4%	30,6%	0,0%
	Wyższe	63,8%	36,3%	0,0%
	Razem	68,8%	31,0%	0,3%
Jazda na rowerze		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	64,5%	33,9%	1,6%
	Średnie	66,5%	33,5%	0,0%
	Wyższe	61,3%	38,8%	0,0%
	Razem	65,1%	34,6%	0,3%
Jogging		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	87,1%	11,3%	1,6%
	Średnie	81,4%	18,6%	0,0%
	Wyższe	83,8%	16,3%	0,0%
	Razem	82,8%	16,9%	0,3%
Basen		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	82,3%	16,1%	1,6%
	Średnie	81,0%	19,0%	0,0%
	Wyższe	70,0%	30,0%	0,0%
	Razem	78,9%	20,8%	0,3%
Fitness, aerobik		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	88,7%	9,7%	1,6%
	Średnie	76,4%	23,1%	0,4%
	Wyższe	81,3%	18,8%	0,0%
	Razem	79,4%	20,1%	0,5%
Dyscyplina sport		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	88,7%	9,7%	1,6%
	Średnie	84,7%	14,5%	0,8%
	Wyższe	91,3%	8,8%	0,0%
	Razem	86,7%	12,5%	0,8%
Siłownia		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	87,1%	11,3%	1,6%
	Średnie	82,2%	17,8%	0,0%
	Wyższe	85,0%	13,8%	1,3%
	Razem	83,6%	15,9%	0,5%

źródło: badania własne

Analizując rodzaj uprawianej aktywności pod względem poziomu wykształcenia, zauważyć można, iż wśród osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym dominuje uprawianie różnego typu ćwiczeń (w domu lub w klubie fitness) oraz uprawianie dyscypliny sportu. Zaś respondenci z wykształceniem średnim oraz wyższym najczęściej deklarują uprawianie dyscypliny sportu oraz trening na siłowni.

Tabela 36. Rodzaj najczęściej uprawianej przez badanych aktywności ruchowej (możliwy wybór maksymalnie dwóch rodzajów aktywności)- wiek

Spacer, marsz		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wiek	18-35	74,8%	24,8%	0,4%
	36-50	51,7%	48,3%	0,0%
	51-65	53,3%	46,7%	0,0%
	Razem	68,8%	31,0%	0,3%
Jazda na rowerze		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wiek	18-35	67,4%	32,3%	0,4%
	36-50	59,8%	40,2%	0,0%
	51-65	53,3%	46,7%	0,0%
	Razem	65,1%	34,6%	0,3%
Jogging		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wiek	18-35	79,8%	19,9%	0,4%
	36-50	92,0%	8,0%	0,0%
	51-65	86,7%	13,3%	0,0%
	Razem	82,8%	16,9%	0,3%
Basen		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wiek	18-35	76,2%	23,4%	0,4%
	36-50	88,5%	11,5%	0,0%
	51-65	73,3%	26,7%	0,0%
	Razem	78,9%	20,8%	0,3%
Fitness, aerobik		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wiek	18-35	75,5%	23,8%	0,7%
	36-50	90,8%	9,2%	0,0%
	51-65	86,7%	13,3%	0,0%
	Razem	79,4%	20,1%	0,5%
Dyscyplina sport		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wiek	18-35	85,1%	14,5%	0,4%
	36-50	94,3%	5,7%	0,0%
	51-65	73,3%	13,3%	13,3%
	Razem	86,7%	12,5%	0,8%
Siłownia		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wiek	18-35	80,9%	18,8%	0,4%
	36-50	89,7%	9,2%	1,1%
	51-65	100,0%	0,0%	0,0%
	Razem	83,6%	15,9%	0,5%

źródło: badania własne

Uwzględniając kryterium wieku, dominującą formą aktywności w grupie wiekowej 18-35 lat jest uprawianie dyscypliny sportu oraz trening na siłowni. W przedziale wiekowy, 36-50 lat dominuje bieganie/jogging oraz uprawianie dyscypliny sportu. Zaś w najstarszej grupie wiekowej (51-65 lat) najczęściej uprawianym rodzajem aktywności jest trening na siłowni, bieganie/jogging oraz różnego typu ćwiczenia (w domu lub w klubie fitness)

Tabela 37. Rodzaj najczęściej uprawianej przez badanych aktywności ruchowej (możliwy wybór maksymalnie dwóch rodzajów aktywności - miejsce zamieszkania

Spacer, marsz		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	73,6%	26,0%	0,5%
	Średnie miasto	72,7%	27,3%	0,0%
	Duże miasto	62,4%	37,6%	0,0%
	Razem	68,8%	31,0%	0,3%
Jazda na rowerze		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	60,6%	38,9%	0,5%
	Średnie miasto	81,8%	18,2%	0,0%
	Duże miasto	69,7%	30,3%	0,0%
	Razem	65,1%	34,6%	0,3%
Jogging		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	81,7%	17,8%	0,5%
	Średnie miasto	81,8%	18,2%	0,0%
	Duże miasto	84,2%	15,8%	0,0%
	Razem	82,8%	16,9%	0,3%
Basen		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	78,8%	20,7%	0,5%
	Średnie miasto	81,8%	18,2%	0,0%
	Duże miasto	78,8%	21,2%	0,0%
	Razem	78,9%	20,8%	0,3%
Fitness, aerobik		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	77,4%	21,6%	1,0%
	Średnie miasto	81,8%	18,2%	0,0%
	Duże miasto	81,8%	18,2%	0,0%
	Razem	79,4%	20,1%	0,5%
Dyscyplina sport		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	83,7%	14,9%	1,4%
	Średnie miasto	72,7%	27,3%	0,0%
	Duże miasto	91,5%	8,5%	0,0%
	Razem	86,7%	12,5%	0,8%
Siłownia		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	84,6%	15,4%	0,0%
	Średnie miasto	90,9%	9,1%	0,0%
	Duże miasto	81,8%	17,0%	1,2%
	Razem	83,6%	15,9%	0,5%

źródło: badania własne

Analizując rodzaj najczęściej uprawianej aktywności fizycznej z uwzględnieniem miejsca zamieszkania zauważyć można, że mieszkańcy wsi lub małych miast najczęściej uprawiają trening na siłowni oraz dyscyplinę sportu. Z kolei mieszkańcy średnich miast również najczęściej trenują na siłowni a w dalszej kolejności w równych odsetku uprawiają jazdę na rowerze, bieganie/jogging, różnego typu ćwiczenia oraz uczęszczają na basen. Zaś dominującym rodzajem aktywności wśród mieszkańcy dużych miast jest bieganie/jogging oraz uprawianie dyscypliny sportu.

Kolejnym przeanalizowanym elementem zachowań związanych z aktywnością fizyczną jest ilość czasu spędzanego na zachowaniach sedenteryjnych- przed ekranem komputera lub telewizora. Szczegółowe dane zawiera poniższa tabela.

Tabela 38. Czas spędzany przed komputerem lub telewizorem w ciągu dnia (wg deklaracji badanych)

		Mniej niż 1h	1-2 h	3-4 h	Ponad 5 h	Brak odp
Płeć	Kobieta	20,8%	33,3%	31,4%	14,5%	0,0%
	Mężczyzna	10,9%	41,1%	24,8%	23,3%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	25,8%	40,3%	21,0%	12,9%	0,0%
	Średnie	17,4%	35,5%	32,2%	14,9%	0,0%
	Wyższe	11,3%	33,8%	26,3%	28,8%	0,0%
Wiek	18-35	15,2%	34,8%	34,4%	15,6%	0,0%
	36-50	24,1%	41,4%	11,5%	23,0%	0,0%
	51-65	20,0%	26,7%	33,3%	20,0%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	16,3%	38,0%	31,7%	13,9%	0,0%
	Średnie miasto	9,1%	36,4%	36,4%	18,2%	0,0%
	Duże miasto	19,4%	33,3%	25,5%	21,8%	0,0%
	Razem	17,4%	35,9%	29,2%	17,4%	0,0%
		χ^2	p			
	Płeć	11,297	0,010			
	Wykształcenie	14,644	0,023			
	Wiek	18,443	0,005			
	Miejsce zamieszkania	6,215	0,400			

źródło: badania własne

Rozkład częstości odpowiedzi ogółem wskazuje, iż mieszkańcy województwa śląskiego w większości (prawie 36%) spędzają przed ekranem telewizora lub komputera 1-2 godzin dziennie. Ponad 29,2% poświęca na ten rodzaj zachowań sedenteryjnych 3-4 godzin

każdego dnia, natomiast po 17,4% respondentów wskazało, iż spędza przed ekranem mniej niż godzinę dziennie oraz ponad 5 godzin każdego dnia.

Zarówno kobiety jak i mężczyźni w większości deklarują poświęcanie 1-2 godzin dziennie na ten rodzaj zachowań sedenteryjnych, natomiast zauważyć można wśród najczęstszych wskazań u mężczyzn, iż spędzają oni nieco więcej czasu przed ekranami niż kobiety. Bowiem tylko 11% mężczyzn deklaruje poświęcanie mniej niż 1 godziny dziennie na oglądanie telewizji lub korzystanie z komputera, tymczasem wśród kobiet taka częstotliwość dotyczy prawie 21% badanych.

Biorąc pod uwagę poziom wykształcenia- również dominują wskazania 1-2 godzin czasu spędzanego przed ekranami każdego dnia. Jednak najmniej czasu przed ekranami spędzają osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym, a najwięcej z wykształceniem wyższym- prawie 29% osób reprezentujących ten poziom wykształcenia poświęca na te zachowania sedenteryjne aż ponad 5 godzin każdego dnia. Badania GUS wskazują, iż 47% dorosłych Polaków wykonuje codzienną pracę głównie na siedząco lub stojąco. Zatem zapewne część osób spędza czas przed komputerem w celach stricte związanych z pracą- ma to związek ze specyfiką wielu współczesnych zawodów, jednak nie ulega wątpliwości, że taka forma zarówno pracy jak i wypoczynku ma charakter siedzący i wymaga wzmocnienia aktywności w pozostałym czasie wolnym, aby bilans energetyczny nie został zaburzony i ilość energii dostarczanej do organizmu była równa tej wydatkowanej.

Zwracając uwagę na kryterium wieku- niepokojący jest fakt, iż najwięcej czasu przed ekranami telewizora i komputera spędzają osoby w wieku 51-65 lat. Tymczasem w tym wieku ryzyko wystąpienia chociażby chorób układu krążenia jest znaczne, zatem aktywne spędzanie wolnego czasu stanowi warunek konieczny dla zachowania zdrowia.

Zgodnie z kategorią miejsca zamieszkania- najwięcej czasu przed szklanymi ekranami spędzają mieszkańcy miast średnich, jednakże różnice w rozkładzie częstości odpowiedzi z uwzględnieniem tego kryterium są niewielkie.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego potwierdza występowanie zależności w odniesieniu do kategorii płci, wieku oraz wykształcenia ($p < 0,05$).

Tabela 39. Czas poświęcany przez badanych na pielęgnację ciała każdego dnia

		Do 30 min	Do 60 min	Powyżej 60 min	Brak odp
Płeć	Kobieta	51,4%	31,4%	17,3%	0,0%
	Mężczyzna	72,9%	20,2%	7,0%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	54,8%	30,6%	14,5%	0,0%
	Średnie	59,1%	28,9%	12,0%	0,0%
	Wyższe	60,0%	21,3%	18,8%	0,0%
Wiek	18-35	52,1%	32,3%	15,6%	0,0%
	36-50	74,7%	16,1%	9,2%	0,0%
	51-65	86,7%	6,7%	6,7%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	54,8%	28,4%	16,8%	0,0%
	Średnie miasto	54,5%	27,3%	18,2%	0,0%
	Duże miasto	63,6%	26,7%	9,7%	0,0%
	Razem	58,6%	27,6%	13,8%	0,0%
		χ^2	p		
	Płeć	17,217	0,000		
	Wykształcenie	3,739	0,442		
	Wiek	19,224	0,001		
	Miejsce zamieszkania	4,899	0,298		

źródło: badania własne

Powyższa tabela obrazuje kwestie związane z czasem poświęcanym na pielęgnację ciała, które w obecnej kulturze jest przecież stawiane na piedestale, a to z kolei powoduje rodzaj pośredniej presji wywieranej na ludzi, by to ciało w odpowiedni sposób pielęgnować.

Jednak większość (58,6%) mieszkańców województwa śląskiego ogółem poświęca każdego dnia na pielęgnację ciała (nie wliczając podstawowej higieny)- około 30 minut. Natomiast 26,7% poświęca na te czynności maksymalnie 60 minut, a 9,7% ponad 60 minut.

Kategoryzacja odpowiedzi z uwzględnieniem płci wskazuje, iż więcej czasu na pielęgnację ciała poświęcają kobiety w porównaniu do mężczyzn.

Biorąc zaś pod uwagę kryterium wykształcenia- najwięcej czasu na codzienną pielęgnację ciała poświęcają osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym ponad 45% osób z tej grupy poświęca na te czynności do 60 minut dziennie). Zaś najmniej czasu na

czynności związane z codzienną pielęgnacją ciała poświęcają osoby z wykształceniem wyższym.

Zgodnie z kategorią wieku respondentów- najwięcej czasu na codzienną pielęgnację ciała poświęcają osoby w przedziale wiekowym, 18-35 lat (prawie 48% z tej grupy wiekowej poświęca 60 minut i więcej na pielęgnację ciała każdego dnia), a najmniej w przedziale 51-65 lat (86,7% osób w tym przedziale wiekowym poświęca na codzienną pielęgnację około 30 minut dziennie).

Różnicując odpowiedzi z uwzględnieniem miejsca zamieszkania- nieco więcej czasu (w porównaniu z innymi grupami w ramach tej kategorii) na codzienną pielęgnację ciała poświęcają mieszkańcy średnich miast.

Jednakże wartość prawdopodobieństwa obserwowanego potwierdza występowanie zależności wyłącznie w odniesieniu do kategorii płci oraz wieku.

Kolejną kwestią dotyczącą dbałości o ciało i współczesnej *ciałocentryczności* są comiesięczne wydatki na środki do pielęgnacji ciała. Rozkład częstości odpowiedzi zawiera tabela poniżej.

Tabela 40. Miesięczne wydatki badanych na kosmetyki i środki do pielęgnacji ciała

		50-100 zł	Do 200 zł	201-300 zł	Ponad 300 zł	Brak odp
Płeć	Kobieta	45,1%	42,4%	9,4%	3,1%	0,0%
	Mężczyzna	73,6%	15,5%	4,7%	6,2%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	45,2%	38,7%	4,8%	11,3%	0,0%
	Średnie	61,6%	31,8%	5,0%	1,7%	0,0%
	Wyższe	41,3%	33,8%	18,8%	6,3%	0,0%
Wiek	18-35	55,7%	33,3%	7,1%	3,9%	0,0%
	36-50	48,3%	36,8%	11,5%	3,4%	0,0%
	51-65	73,3%	13,3%	0,0%	13,3%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	53,8%	37,5%	6,3%	2,4%	0,0%
	Średnie miasto	45,5%	27,3%	9,1%	18,2%	0,0%
	Duże miasto	56,4%	28,5%	9,7%	5,5%	0,0%
	Razem	54,7%	33,3%	7,8%	4,2%	0,0%
		χ^2	p			
	Płeć	35,705	0,000			
	Wykształcenie	34,004	0,000			
	Wiek	9,817	0,133			
	Miejsce zamieszkania	11,468	0,075			

źródło: badania własne

Większość mieszkańców województwa śląskiego ogółem (54,7%) wydaje miesięcznie na środki do pielęgnacji ciała maksymalnie 50- 100 zł. Wydatki na te produkty 33,3% respondentów mieszczą się w kwocie do 200 zł, 7,8% wydaje ponad 200 zł, ale mniej niż 300zł, a 4,2% badanych miesięcznie wydaje ponad 300 zł na środki do pielęgnacji ciała.

Uwzględniając kryterium płci- więcej pieniędzy miesięcznie na środki do pielęgnacji i upiększania ciała wydają kobiety niż mężczyźni. 42,4% kobiet wydaje na te środki do 200 zł, 9,4% ponad 200 zł, lecz mniej niż 300 zł, a 3,1% ponad 300 zł. Tymczasem 73,6% mężczyzn wydaje na środki pielęgnacyjne i upiększające maksymalnie 100 zł miesięcznie, co ciekawe 6,2% mężczyzn wydaje na te środki ponad 300 zł każdego miesiąca.

Biorąc pod uwagę poziom wykształcenia respondentów- najwięcej pieniędzy miesięcznie na środki pielęgnacyjne i upiększające wydają osoby z wyższym wykształceniem (wydatki 59% osób z tej grupy mieszczą się w granicach 200- ponad 300 zł).

Kategoryzując odpowiedzi ze względu na wiek respondentów zauważyć można, iż najwięcej na środki do pielęgnacji i upiększania ciała wydają osoby w przedziale wiekowym 36-50 lat (51,7% osób z tej grupy wydaje od 200- ponad 300 zł na kosmetyki).

Uwzględniając miejsce zamieszkania respondentów stwierdzić można, iż największe miesięczne wydatki na kosmetyki występują wśród mieszkańców średnich miast województwa śląskiego.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego potwierdza występowanie zależności w odniesieniu do zmiennych: wiek oraz wykształcenie ($p < 0,05$). Natomiast w wypadku miejsca zamieszkania można mówić do tendencji do różnic ($p > 0,05 < 0,1$).

Tabela 41. Korzystanie przez badanych z usług związanych z pielęgnacją i dbałością o ciało- pleć

Solarium		Wybrano	Nie wybrano
Płeć	Kobieta	85,5%	14,5%
	Mężczyzna	92,2%	7,8%
	Razem	87,8%	12,2%
Fryzjer		Wybrano	Nie wybrano
Płeć	Kobieta	21,6%	78,4%
	Mężczyzna	38,8%	61,2%
	Razem	27,3%	72,7%
Kosmetyczka		Wybrano	Nie wybrano
Płeć	Kobieta	45,9%	54,1%
	Mężczyzna	91,5%	8,5%
	Razem	61,2%	38,8%

Basen		Wybrano	Nie wybrano
Płeć	Kobieta	59,2%	40,8%
	Mężczyzna	51,2%	48,8%
	Razem	56,5%	43,5%
Sauna		Wybrano	Nie wybrano
Płeć	Kobieta	86,7%	13,3%
	Mężczyzna	76,7%	23,3%
	Razem	83,3%	16,7%
Masaż		Wybrano	Nie wybrano
Płeć	Kobieta	91,8%	8,2%
	Mężczyzna	90,7%	9,3%
	Razem	91,4%	8,6%
Siłownia/ kluby fitness		Wybrano	Nie wybrano
Płeć	Kobieta	67,8%	32,2%
	Mężczyzna	55,8%	44,2%
	Razem	63,8%	36,2%
Żadne z wymienionych		Wybrano	Nie wybrano
Płeć	Kobieta	92,5%	7,5%
	Mężczyzna	86,8%	13,2%
	Razem	90,6%	9,4%

źródło: badania własne

Analizując korzystanie przez mieszkańców województwa śląskiego z różnego rodzaju usług związanych z pielęgnacją ciała zauważyć można, iż ogółem najwięcej osób korzysta z: solarium, sauny, masaży. Znaczna część respondentów deklaruje także, iż nie korzysta z żadnych wymienionych usług. Co ciekawe, znacznie większy odsetek mężczyzn niż kobiet deklaruje korzystanie z usług kosmetyczki/ kosmetologa, zaś większy odsetek kobiet niż mężczyzn korzysta z sauny.

Tabela 42. Korzystanie przez badanych z usług związanych z pielęgnacją i dbałością o ciało- wykształcenie

Solarium		Wybrano	Nie wybrano
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	83,9%	16,1%
	Średnie	87,5%	12,5%
	Wyższe	88,8%	11,1%
	Razem	87,8%	12,2%
Fryzjer		Wybrano	Nie wybrano
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	27,4%	72,6%
	Średnie	25,6%	74,4%
	Wyższe	32,5%	67,5%
	Razem	27,3%	72,7%

Kosmetyczka		Wybrano	Nie wybrano
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	62,9%	37,1%
	Średnie	63,2%	36,8%
	Wyższe	53,8%	46,3%
	Razem	61,2%	38,8%
Basen		Wybrano	Nie wybrano
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	62,9%	37,1%
	Średnie	57,0%	43,0%
	Wyższe	50,0%	50,0%
	Razem	56,5%	43,5%
Sauna		Wybrano	Nie wybrano
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	85,5%	14,5%
	Średnie	84,3%	15,7%
	Wyższe	78,8%	21,3%
	Razem	83,3%	16,7%
Masaż		Wybrano	Nie wybrano
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	85,5%	14,5%
	Średnie	95,9%	4,1%
	Wyższe	82,5%	17,5%
	Razem	91,4%	8,6%
Siłownia		Wybrano	Nie wybrano
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	75,8%	24,2%
	Średnie	62,4%	37,6%
	Wyższe	58,8%	41,3%
	Razem	63,8%	36,2%
Żadne z wymienionych		Wybrano	Nie wybrano
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	91,9%	8,1%
	Średnie	90,5%	9,5%
	Wyższe	90,0%	10,0%
	Razem	90,6%	9,4%

źródło: badania własne

Biorąc pod uwagę najczęściej wymieniane przez ogółem respondentów usługi, czyli sauna, solarium, masaże, a także deklarowane niekorzystanie z żadnych tego typu usług, w korzystaniu z solarium dominują osoby z wyższym wykształceniem. Z kolei w wypadku korzystania z sauny dominują osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym. Z kolei największy udział procentowy w deklarowanym korzystaniu z masaży mają osoby z wykształceniem średnim. Ponadto biorąc pod uwagę wskazanie na niekorzystanie z żadnych takich usług- w największym odsetku dotyczy ono osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym.

Tabela 43. Korzystanie przez badanych z usług związanych z pielęgnacją i dbałością o ciało- wiek (wybór dowolnej liczby odpowiedzi)

Solarium		Wybrano	Nie wybrano
Wiek	18-35	86,2%	13,8%
	36-50	90,8%	9,2%
	51-65	100,0%	0,0%
	Razem	87,8%	12,2%
Fryzjer		Wybrano	Nie wybrano
Wiek	18-35	25,9%	74,1%
	36-50	32,2%	67,8%
	51-65	26,7%	73,3%
	Razem	27,3%	72,7%
Kosmetyczka		Wybrano	Nie wybrano
Wiek	18-35	60,6%	39,4%
	36-50	62,1%	37,9%
	51-65	66,7%	33,3%
	Razem	61,2%	38,8%
Basen		Wybrano	Nie wybrano
Wiek	18-35	51,8%	48,2%
	36-50	73,6%	26,4%
	51-65	46,7%	53,3%
	Razem	56,5%	43,5%
Sauna		Wybrano	Nie wybrano
Wiek	18-35	80,5%	19,5%
	36-50	94,3%	5,7%
	51-65	73,3%	26,7%
	Razem	83,3%	16,7%
Masaż		Wybrano	Nie wybrano
Wiek	18-35	93,3%	6,7%
	36-50	88,5%	11,5%
	51-65	73,3%	26,7%
	Razem	91,4%	8,6%
Siłownia		Wybrano	Nie wybrano
Wiek	18-35	57,4%	42,6%
	36-50	83,9%	16,1%
	51-65	66,7%	33,3%
	Razem	63,8%	36,2%
Żadne z wymienionych		Wybrano	Nie wybrano
Wiek	18-35	92,2%	7,8%
	36-50	86,2%	13,8%
	51-65	86,7%	13,3%
	Razem	90,6%	9,4%

źródło: badania własne

Uwzględniając kryterium wieku korzystanie z solarium w większości deklarują osoby w wieku 51-65 lat. Korzystanie z sauny dotyczy w największym odsetku osób w wieku 36-51 lat, zaś korzystanie z masaży osób w wieku 18-35 lat. Jednocześnie największy odsetek osób właśnie w tym przedziale wiekowym deklaruje, że nie korzysta z żadnych takich usług. Ponadto spory odsetek osób w wieku 36-50 lat deklaruje korzystanie z siłowni oraz fitnessu.

Tabela 44. Korzystanie przez badanych z usług związanych z pielęgnacją i dbałością o ciało- miejsce zamieszkania (wybór dowolnej liczby odpowiedzi)

Solarium		Wybrano	Nie wybrano
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	90,9%	9,1%
	Średnie miasto	54,5%	45,5%
	Duże miasto	86,1%	13,9%
	Razem	87,8%	12,2%
Fryzjer		Wybrano	Nie wybrano
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	25,0%	75,0%
	Średnie miasto	36,4%	63,6%
	Duże miasto	29,7%	70,3%
	Razem	27,3%	72,7%
Kosmetyczka		Wybrano	Nie wybrano
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	62,0%	38,0%
	Średnie miasto	72,7%	27,3%
	Duże miasto	59,4%	40,6%
	Razem	61,2%	38,8%
Basen		Wybrano	Nie wybrano
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	54,8%	45,2%
	Średnie miasto	36,4%	63,6%
	Duże miasto	60,0%	40,0%
	Razem	56,5%	43,5%
Sauna		Wybrano	Nie wybrano
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	84,6%	15,4%
	Średnie miasto	63,6%	36,4%
	Duże miasto	83,0%	17,0%
	Razem	83,3%	16,7%
Masaż		Wybrano	Nie wybrano
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	93,3%	6,7%
	Średnie miasto	81,8%	18,2%
	Duże miasto	89,7%	10,3%
	Razem	91,4%	8,6%
Siłownia		Wybrano	Nie wybrano
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	61,5%	38,5%
	Średnie miasto	63,6%	36,4%
	Duże miasto	66,7%	33,3%
	Razem	63,8%	36,2%

Żadne z wymienionych		Wybrano	Nie wybrano
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	88,9%	11,1%
	Średnie miasto	90,9%	9,1%
	Duże miasto	92,7%	7,3%
	Razem	90,6%	9,4%

źródło: badania własne

Korzystanie z solarium w największym odsetku deklarują osoby mieszkające na wsiach lub w małych miastach. Korzystanie z usług kosmetyczki/kosmetologa w sporym odsetku deklarują mieszkańcy średnich miast, zaś mieszkańcy dużych miast w największym odsetku (w porównaniu z pozostałymi grupami) deklarują korzystanie z basenu. Na korzystanie z sauny oraz masaży z kolei w najczęściej wskazują mieszkańcy wsi i małych miast. Niekorzystanie z żadnych wymienionych usług dotyczy w największym odsetku mieszkańców dużych miast.

W dalszej kolejności, w celu uzupełnienia informacji dotyczących zachowań związanych z aktywnością fizyczną oraz dbałością o ciało, przeanalizowano motywy dotyczące poszczególnych zachowań.

Tabela 45. Powody stosowania suplementów diety wg deklaracji respondentów

N= 105	Wpływ reklam	Zalecenie lekarza	Polecenie znajomych	Interne t	Samodzielna decyzja	Polecenie farmaceuty	Inne	Brak odp
Kobieta	3,9%	3,9%	1,6%	15,7%	71,0%	1,2%	1,6%	1,2%
Mężczyzna	5,4%	3,9%	7,0%	4,7%	65,1 %	12,4%	0,0%	1,6%
Razem	4,4%	3,9%	3,4%	2,3%	69,0 %	14,6%	1,0%	1,3%
	χ^2	p						
Płeć	13,329	0,038						

źródło: badania własne

Analizując powody stosowania suplementów diety, większość mieszkańców województwa śląskiego deklarujących stosowanie takich suplementów (N=105 osób) jako powodu podaje, iż sami stwierdzili, że określony suplement może mieć na nich pozytywny wpływ (69% osób deklarujących stosowanie suplementów). Z kolei 14,6% osób stosujących suplementy podjęła decyzję o ich stosowaniu pod wpływem rekomendacji farmaceuty, 4,4% ze względu na wpływ reklam, 3,9%- w związku z zaleceniem lekarza, 3,4%- przez rekomendacje znajomych, a 2,3% przeczytało o określonym środku w Internecie.

Uwzględniając kryterium płci- kobiety częściej niż mężczyźni wybierały suplementy po przeczytaniu o nich w Internecie, zaś mężczyźni częściej od kobiet- pod wpływem

rekomendacji farmaceuty. Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego potwierdza tendencję do różnic w odpowiedziach kobiet i mężczyzn.

Tabela 46. Motywy uprawiania aktywności fizycznej wg deklaracji badanych

	Zdrowie	Szczupła sylwetka	Motywacja znajomych	Wpływ mediów-moda	Inne	Brak odp
Kobieta	48,6%	40,4%	4,7%	1,6%	4,3%	0,4%
Mężczyzna	46,5%	36,4%	7,0%	3,9%	2,3%	3,9%
Razem	47,9%	39,1%	5,5%	2,3%	3,6%	1,6%
	χ^2	p				
Płeć	4,049	0,399				

źródło: badania własne

Najczęściej wymienianym przez mieszkańców województwa śląskiego powodem uprawiania aktywności fizycznej jest motywacja prozdrowotna (dotyczy prawie 48%). Kolejnym najczęściej wymienianym powodem jest chęć zachowania szczupłej/ dobrze zbudowanej sylwetki (dotyczy 39,1%). Większy odsetek kobiet w porównaniu z mężczyznami wskazuje na chęć zachowania szczupłej/ dobrze zbudowanej sylwetki jako powód uprawiania aktywności fizycznej.

Tabela 47. Motywy korzystania z usług związanych z dbałością o ciało wg deklaracji badanych (możliwy wybór maksymalnie dwóch odpowiedzi)

Poprawa samopoczucia		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Płeć	Kobieta	44,3%	53,7%	2,0%
	Mężczyzna	45,7%	51,2%	3,1%
	Razem	44,8%	52,9%	2,3%
Poprawa urody		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Płeć	Kobieta	43,9%	54,1%	2,0%
	Mężczyzna	69,8%	27,1%	3,1%
	Razem	52,6%	45,1%	2,3%
Sport/zdrowie		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Płeć	Kobieta	69,0%	29,0%	2,0%
	Mężczyzna	55,0%	41,9%	3,1%
	Razem	64,3%	33,3%	2,3%
Trend medialny		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Płeć	Kobieta	97,3%	0,8%	2,0%
	Mężczyzna	93,0%	3,9%	3,1%
	Razem	95,8%	1,8%	2,3%

Wpływy otoczenia		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Płeć	Kobieta	95,3%	2,7%	2,0%
	Mężczyzna	90,7%	6,2%	3,1%
	Razem	93,8%	3,9%	2,3%

źródło: badania własne

Z kolei wśród najczęściej wymienianych powodów korzystania z różnych usług pielęgnacyjnych i upiększających znaleźć można motywy takie jak: ogólnie panujący trend i wpływ środków masowego przekazu oraz wpływy otoczenia.

Motywacja związana z wpływem środków masowego przekazu została wskazana przez 95,8% respondentów, zatem jak wynika z deklaracji respondentów, powszechny w przekazach medialnych kult idealnego ciała odgrywa istotną rolę w ich życiu i ma wpływ na ich decyzje w zakresie dbałości o ciało.

Kolejna tabela zawiera bezpośrednią odpowiedź na pytanie, czy przekazy medialne zachęciły respondentów do aktywności fizycznej oraz, czy udział osób przypominających lekarzy/ specjalistów w reklamach suplementów diety, w jakimś stopniu wpłynął na chęć wypróbowania tych środków.

Tabela 48. Zachęcenie do aktywności fizycznej i stosowania suplementów diety przez przekazy medialne i udział osób przypominających lekarzy/ specjalistów (wg deklaracji respondentów)

Aktywność fizyczna		Tak	Nie	Brak odp
Płeć	Kobieta	33,7%	66,3%	0,0%
	Mężczyzna	26,4%	73,6%	0,0%
	Razem	31,3%	68,8%	0,0%
Suplementy		Tak	Nie	Brak odp
Płeć	Kobieta	14,5%	85,1%	0,4%
	Mężczyzna	8,5%	91,5%	0,0%
	Razem	12,5%	87,2%	0,3%

źródło: badania własne

Rozkład częstości odpowiedzi wskazuje wyraźnie, iż przekazy medialne nie zachęciły większości respondentów do uprawiania aktywności fizycznej. Jednak większy odsetek kobiet niż mężczyzn wskazuje na uprawianie aktywności fizycznej pod wpływem zachęcających do tego przekazów medialnych.

Biorąc zaś pod uwagę stosowanie suplementów diety, również większość mieszkańców województwa śląskiego nie została zachęcona do ich stosowania przez udział osób przypominających lekarzy w reklamach suplementów diety. Jednak w tym wypadku również zauważyć można, że kobiety w większym stopniu okazały się podatne na tego typu reklamy w porównaniu z mężczyznami.

Powyższa analiza wykazała, iż mieszkańcy województwa śląskiego charakteryzują się dość dobrym poziomem aktywności fizycznej i w tym zakresie uzyskali lepsze wyniki niż średnia ogólnopolska (wykazana w przytoczonych badaniach innych autorów). Jak motywację do tych działań podają względu prozdrowotne oraz chęć osiągnięcia/ utrzymania szczupłej sylwetki. Jako wskazanie dla praktyki warto zwrócić uwagę na konieczność zwiększenia częstości uprawiania aktywności albo jej intensywności (zgodnie z wytycznymi WHO), bowiem mogłaby to przynieść lepsze prozdrowotne rezultaty niż umiarkowana aktywność fizyczna.

Z kolei w zakresie dbałości o ciało mieszkańcy województwa śląskiego charakteryzują się prawidłowymi zachowaniami- ich poziom dbałości o ciało nie jest ani nadmierny, ani zbyt niski. Najwięcej czasu na codzienną pielęgnację ciała poświęcają kobiety oraz osoby młode. Miesięczne wydatki mieszkańców województwa śląskiego na produkty do pielęgnacji ciała w większości mieszczą się w dwóch przedziałach- 50-100 zł oraz do 200 zł. Ponadto respondenci deklarują w większości, iż przekazy medialne nie zachęcają ich do aktywności fizycznej, ani do dbałości o ciało. Oczywiście nie oznacza to, iż przekazy te nie mają takiego wpływu- może to być bowiem zależność przez respondentów nieuświadomiona.

Następny podrozdział dotyczy diagnozy zachowań seksualnych mieszkańców województwa śląskiego.

5.4. Zachowania seksualne mieszkańców województwa śląskiego

Jak wykazano w rozdziale teoretycznym, seks jest istotnym elementem życia człowieka, determinującym zarówno jakość życia, jak i zdrowie oraz samoocenę. Zachowania seksualne zależą od wielu czynników, m.in. od światopoglądu, wychowania, a także od regulacji religijnych, moralnych, prawnych oraz kulturowych⁴⁷³. Zgodnie z dokumentami ONZ i WHO dotyczącymi zdrowia seksualnego, jednym z celów promocji tej sfery zdrowia jest: „*Zachęcanie do modelu seksu bezpiecznego (stały partner, stosowanie prezerwatyw,*

⁴⁷³ por. B. Woynarowska, Styl życia i zachowania zdrowotne w: Edukacja zdrowotna... op. cit., s. 67.

itp.)⁴⁷⁴. Zatem w badaniach własnych zwrócono uwagę przede wszystkim na te zachowania, które stanowią zagrożenie dla zdrowia. Zachowania te można określić mianem *ryzykowanych*-zarówno dla zdrowia somatycznego (choroby przenoszone drogą płciową, HIV, itp.) jaki i szeroko pojętego zdrowia psychospołecznego (niechciana ciąża, zaburzenia relacji interpersonalnych, samooceny, itp.)

Dominująca w przekazach medialnych seksualizacja życia może powodować liberalizację podejścia do zachowań seksualnych. Tymczasem zachowania te implikują konkretne skutki zdrowotne- pozytywne lub negatywne. Częste zmiany partnerów seksualnych, przygodne kontakty seksualne oraz seks bez stosowania zabezpieczeń wiąże się nie tylko z ryzykiem zakażenia się *wirusem HIV*. Rzadziej nagłaśniana jest kwestia możliwości zakażenia się *wirusem HPV* (*wirus brodawczaka ludzkiego*), który może być bezpośrednią przyczyną zachorowania na raka szyjki macicy (jeśli mamy do czynienia z onkogennym typem wirusa). Wirus ten łatwo się przenosi i charakteryzuje się dużym stopniem rozpowszechnienia- szacuje się, że nawet 75% aktywnych seksualnie kobiet w ciągu swojego życia ulegnie zakażeniu owym niebezpiecznym wirusem. Wirus HPV jest przekazywany w czasie stosunku seksualnego, a czasami nawet w wyniku intymnego kontaktu skóry narządów płciowych partnerów⁴⁷⁵. Zatem używanie prezerwatyw, unikanie tak zwanego „przypadkowego seksu”, ograniczona liczba partnerów seksualnych, zmniejsza ryzyko zakażenia wirusem HPV, jak i wieloma innymi chorobami przenoszonymi drogą płciową.

W pierwszej kolejności przeanalizowano deklarowaną ilość posiadanych w ciągu ostatniego roku partnerów seksualnych. Rozkład częstości odpowiedzi znajduje się w poniższej tabeli.

Tabela 49. Liczba partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku wg deklaracji badanych

		1-2	3-4	5-6	7 i więcej	0	Brak odp
Płeć	Kobieta	65,1%	5,9%	0,8%	1,2%	27,1%	0,0%
	Mężczyzna	62,0%	7,0%	3,1%	10,1%	17,8%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	54,8%	14,5%	3,2%	4,8%	22,6%	0,0%
	Średnie	62,4%	5,0%	0,8%	3,3%	28,5%	0,0%
	Wyższe	76,3%	3,8%	2,5%	6,3%	11,3%	0,0%

⁴⁷⁴ por. Z. Lew- Starowicz, Zdrowie seksualne: historia, kryteria, promocja, w: Zdrowie seksualne... op. cit., s. 11.

⁴⁷⁵ por. Sz. Brużewicz, Z. Wronkowski, Rak szyjki macicy, wyd. PZWL, Warszawa 2008, s.27.

Wiek	18-35	59,9%	7,1%	2,1%	4,3%	26,6%	0,0%
	36-50	78,2%	3,4%	0,0%	3,4%	14,9%	0,0%
	51-65	60,0%	6,7%	0,0%	6,7%	26,7%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	61,5%	5,3%	0,5%	2,9%	29,8%	0,0%
	Średnie miasto	72,7%	18,2%	0,0%	0,0%	9,1%	0,0%
	Duże miasto	66,7%	6,7%	3,0%	6,1%	17,6%	0,0%
	Razem	64,1%	6,3%	1,6%	4,2%	24,0%	0,0%
		χ^2	p				
	Płeć	22,568	0,000				
	Wykształcenie	22,262	0,004				
	Wiek	11,232	0,189				
	Miejsce zamieszkania	16,864	0,032				

źródło: badania własne

Analizując liczbę partnerów/ partnerek seksualnych mieszkańców województwa śląskiego zauważyć można, że zdecydowana większość (ponad 64%) deklaruje posiadanie 1-2 partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku. Zaś 24% badanych wskazuje na brak partnera seksualnego. Z kolei 6,3% respondentów miało 3-4 partnerów, a 4,2%- aż 7 lub więcej partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku. W podziale odpowiedzi ze względu na płeć rozkład częstości odpowiedzi jest podobny, za wyjątkiem wskazania „7 i więcej”- w tym wypadku widać wyraźnie większy udział procentowy mężczyzn (10,1%) w porównaniu z kobietami (1,2%). Zaś większa część kobiet (ponad 27%) w porównaniu z mężczyznami (prawie 18%) deklaruje brak partnera seksualnego w ciągu ostatniego roku.

Według kategorii poziomu wykształcenia zauważyć można większy udział procentowy osób z wyższym wykształceniem w wyborze odpowiedzi a- „1-2”. W tej grupie także jest najmniejszy odsetek osób nieposiadających partnera seksualnego w ciągu ostatniego roku.

Biorąc pod uwagę wiek, widać większy udział procentowy osób w wieku 36-50 we wskazywaniu 1-2 partnerów seksualnych. Co ciekawe, w przedziale wiekowym 51-65 lat największy odsetek (6,7%), w porównaniu z pozostałymi grupami wiekowymi, deklaruje posiadanie 7 i więcej partnerów.

Analizując odpowiedzi według kategorii miejsca zamieszkania widać, iż mieszkańcy średnich miast mają największy udział procentowy we wskazaniach 1-2 partnerów seksualnych, a zerowy udział procentowy w deklaracji od 5-6 oraz 7 i więcej partnerów. Z kolei mieszkańcy małych miast i wsi częściej niż osoby z pozostałych grup w tej kategorii, deklarują brak posiadania partnera seksualnego w ciągu ostatniego roku. Mieszkańcy dużych miast zaś mają największy udział (6,1%) we wskazywaniu na 7 i więcej partnerów.

Prawdopodobieństwo obserwowane wskazuje na występowanie zależności między liczbą partnerów seksualnych a płcią, wykształceniem i miejscem zamieszkania ($p < 0,05$) - zróżnicowanie w tym zakresie pokazuje rozkład częstości odpowiedzi. Natomiast nie występuje zależność między kategorią wieku a liczbą posiadanych partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku.

Kolejną kwestią poddaną analizie w tym zakresie było występowanie epizodów przygodnych kontaktów seksualnych wśród mieszkańców województwa śląskiego. Rozkład częstości odpowiedzi obrazuje poniższa tabela.

Tabela 50. Epizody „przygodnego seksu” wśród respondentów

		TAK	NIE	Brak odp
Płeć	Kobieta	17,3%	82,7%	0,0%
	Mężczyzna	34,9%	65,1%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	32,3%	67,7%	0,0%
	Średnie	21,5%	78,5%	0,0%
	Wyższe	21,3%	78,8%	0,0%
Wiek	18-35	28,4%	71,6%	0,0%
	36-50	6,9%	93,1%	0,0%
	51-65	20,0%	80,0%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	18,8%	81,3%	0,0%
	Średnie miasto	36,4%	63,6%	0,0%
	Duże miasto	27,9%	72,1%	0,0%
	Razem	23,2%	76,8%	0,0%
		χ^2	p	
	Płeć	14,952	0,000	
	Wykształcenie	3,426	0,180	
	Wiek	17,305	0,000	
	Miejsce zamieszkania	5,412	0,067	

źródło: badania własne

Analizując odpowiedzi ogółem, prawie 77% badanych nie miała w swoim życiu przygodnych kontaktów seksualnych, natomiast 23,2% miała takie kontakty. W podziale odpowiedzi ze względu na płeć widać wyraźnie, iż kobiety częściej (82,7%) wskazywały odpowiedź „nie” w odniesieniu do przygodnego seksu. Kontakty takie dotyczą tylko 17,3% kobieta a prawie 35% mężczyzn.

Rozkład odpowiedzi według kategorii wieku wygląda następująco- przygodne kontakty seksualne dotyczą częściej osób w wieku 18-35 lat (28,4%) w porównaniu

z pozostałymi grupami wiekowymi. Z kolei biorąc pod uwagę wykształcenie- dotyczą częściej (32,3%) osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym niż badanych z pozostałych grup. A w kategorii miejsca zamieszkania największy udział procentowy w deklarowaniu przygodnych kontaktów seksualnych mają osoby zamieszkujące średnie miasta (36,4%).

Analiza prawdopodobieństwa obserwowanego wskazuje na występowanie zależności między deklarowanymi epizodami przygodnego seksu, a płcią oraz wiekiem ($p=0,000$; $p<0,05$). W odniesieniu do zmiennej pośredniczącej jaką jest wykształcenie- taka zależność nie występuje. A w kategorii miejsca zamieszkania w prawdzie nie występuje zależność statystycznie istotna ($=0,067$; $p<0,05<1$), ale można mówić o dużym zróżnicowaniu odpowiedzi w podziale ze względu na tę kategorię.

Kolejną kwestią uwzględnioną w diagnozie zachowań seksualnych mieszkańców województwa śląskiego są epizody stosunków seksualnych uprawianych bez stosowania prezerwatywy. Rozkład częstości odpowiedzi zawiera poniższa tabela.

Tabela 51. Epizody seksu bez prezerwatywy wśród respondentów

		TAK	NIE	Brak odp
Płeć	Kobieta	43,9%	56,1%	0,0%
	Mężczyzna	60,5%	39,5%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	62,9%	37,1%	0,0%
	Średnie	44,2%	55,8%	0,0%
	Wyższe	55,0%	45,0%	0,0%
Wiek	18-35	45,4%	54,6%	0,0%
	36-50	57,5%	42,5%	0,0%
	51-65	80,0%	20,0%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	43,3%	56,7%	0,0%
	Średnie miasto	63,6%	36,4%	0,0%
	Duże miasto	56,4%	43,6%	0,0%
	Razem	49,5%	50,5%	0,0%
		χ^2	p	
	Płeć	9,379	0,002	
	Wykształcenie	8,128	0,017	
	Wiek	9,699	0,008	
	Miejsce zamieszkania	7,219	0,027	

źródło: badania własne

Analizując odpowiedzi ogółem, mieszkańcy województwa śląskiego w większość deklarują, iż nie zdarzyło im się uprawiać seksu bez stosowania prezerwatywy. Jednak przewaga odpowiedzi „nie” nad odpowiedzią „tak” jest zaledwie jednoprocentowa.

Biorąc natomiast pod uwagę podział odpowiedzi ze względu na płeć, widać wyraźnie, iż mężczyźni częściej deklarują uprawianie seksu bez stosowania prezerwatywy (60,5%) w porównaniu z kobietami (43,9%). Pod względem wykształcenia częściej uprawianie seksu bez stosowania zabezpieczeń deklarują osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym, a także wyższym. Zaś rozkład częstości odpowiedzi ze względu na wiek wskazuje na częstsze deklarowanie uprawiania seksu bez stosowania prezerwatywy w przedziale wiekowym 36-50 lat (57,5%) oraz 51-65 lat (dotyczy aż 80% badanych z tej grupy). Ponadto najczęściej taką odpowiedź wskazali także mieszkańcy średnich i dużych miast (kolejno 63,6% i 56,4%) a najrzadziej małych miast i wsi (43,3%).

Prawdopodobieństwo obserwowane dotyczące poszczególnych zmiennych pośredniczących wskazuje na występowanie zależności ($p < 0,05$), co potwierdza analiza rozkładu częstości odpowiedzi.

W celu uzyskania informacji na temat przekonań mieszkańców województwa śląskiego dotyczących zachowań seksualnych we współczesnym świecie, posłużono się trzema stwierdzeniami opisującymi trzy różne podejścia do tych zachowań. Każdy respondent miał wybrać jedno stwierdzenie najbardziej zgodne z jego osobistymi przekonaniami. Częstość poszczególnych wskazań znajduje się w tabeli 52.

Tabela 52. Stwierdzenia opisujące przekonania badanych na temat zachowań seksualnych

		1.	2.	3.	Brak odp
Płeć	Kobieta	90,6%	3,5%	5,9%	0,0%
	Mężczyzna	73,6%	9,3%	17,1%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	75,8%	12,9%	11,3%	0,0%
	Średnie	89,3%	1,7%	9,1%	0,0%
	Wyższe	78,8%	11,3%	10,0%	0,0%
Wiek	18-35	83,3%	5,7%	11,0%	0,0%
	36-50	89,7%	4,6%	5,7%	0,0%
	51-65	86,7%	6,7%	6,7%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	86,5%	5,3%	8,2%	0,0%
	Średnie miasto	81,8%	9,1%	9,1%	0,0%
	Duże miasto	83,0%	5,5%	11,5%	0,0%
	Razem	84,9%	5,5%	9,6%	0,0%

		χ^2	p		
	Płeć	19,214	0,000		
	Wykształcenie	19,362	0,001		
	Wiek	2,542	0,637		
	Miejsce zamieszkania	1,492	0,828		

źródło: badania własne

Legenda:

Stwierdzenia:

1. Posiadanie stałego partnera seksualnego świadczy o dbałości o własne ciało i zdrowie.
2. Posiadanie stałego partnera seksualnego w obecnych czasach nie jest możliwe.
3. Posiadanie stałego partnera seksualnego jest nudne i może ograbić człowieka z przyjemności i wielu niezapomnianych przygód.

Najczęściej wybieranym stwierdzeniem, biorąc pod uwagę odpowiedzi ogółem jest zdanie: „Posiadanie stałego partnera seksualnego świadczy o dbałości o własne ciało i zdrowie”. Takiego wskazania dokonało prawie 85% badanej grupy. Zaś 5,5% badanych wskazało, iż zgodne z ich przekonaniami jest drugie stwierdzenie: „posiadanie stałego partnera seksualnego w obecnych czasach nie jest możliwe”.

Natomiast stwierdzenie trzecie, o treści: „posiadanie stałego partnera seksualnego jest nudne i może ograbić człowieka z przyjemności i wielu niezapomnianych przygód” dotyczy 9,6% mieszkańców województwa śląskiego.

Analizując rozkład częstości wskazań poszczególnych stwierdzeń, widać większy udział procentowy kobiet (aż ponad 90%) w wyborze pierwszego stwierdzenia. Natomiast mężczyźni częściej niż kobiety wybierali stwierdzenie drugie (dotyczy 9,3% mężczyzn i zaledwie 3,5% kobiet) oraz trzecie (dotyczy 17,1% mężczyzn a tylko 5,9% kobiet).

Biorąc pod uwagę podział wybieranych stwierdzeń według pozostałych kategorii- nie widać znaczących różnic. Zauważyć można jedynie nieco większy udział procentowy osób z wykształceniem średnim w wyborze stwierdzenia pierwszego. Podobnie rzecz się ma z grupą wiekową 36-50 lat oraz mieszkańcami wsi lub małych miast- osoby z tych grup nieco częściej od pozostałych wskazywały stwierdzenie pierwsze, jako zgodne z ich przekonaniami- jednak różnice procentowe w tym wypadku są niewielkie.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego dla kategorii wieku oraz wykształcenia wskazuje na występowanie zależności ($p < 0,05$) między tymi zmiennymi a wybieranymi stwierdzeniami.

Diagnostując zatem zachowania seksualne badanych można stwierdzić, że populacja charakteryzuje się raczej bezpiecznymi zachowaniami w sferze seksualnej. Respondenci w większości posiadają stałych partnerów seksualnych, unikają seksu bez stosowania prezerwatyw oraz przygodnego seksu, zatem zachowania seksualne mieszkańców

województwa śląskiego w większości, nie stanowią czynnika mogącego ich narazić na niebezpieczeństwa zdrowotne.

Kolejny podrozdział omawia zachowania mieszkańców województwa śląskiego w zakresie profilaktyki chorób i samokontroli własnego zdrowia.

5.5. Działania prewencyjne mieszkańców województwa śląskiego

Podrozdział ten dotyczy podejmowanych przez mieszkańców województwa śląskiego działań prewencyjnych. Działania te mają na celu profilaktykę, czyli wczesne zapobieganie rozwojowi różnego rodzaju chorób, dolegliwości, czy zaburzeń. Obejmują one przede wszystkim samokontrolę swojego stanu zdrowia (opartą na świadomości jakie badania należy wykonywać), korzystanie z dostępnych badań profilaktycznych i programów przesiewowych, a także zdobywanie informacji na temat zdrowia i choroby, aby taką szeroko rozumianą świadomość zdrowotną budować⁴⁷⁶. Niektóre wytyczne co do badań, które należy regularnie wykonywać omówiono w rozdziale teoretycznym niniejszej dysertacji. Jednak warto przypomnieć te podstawowe- obligatoryjne badania profilaktyczne: pomiar ciśnienia tętniczego, badanie kontrolne krwi (zwłaszcza poziomu cholesterolu oraz stężenia glukozy) i badanie moczu (u osób zdrowych minimum raz w roku); badanie cytologiczne (u kobiet zdrowych co 2-3 lata); samobadanie piersi (każdego miesiąca u kobiet po ukończeniu 18 roku życia) oraz mammografia⁴⁷⁷. Ponadto istotnym elementem profilaktyki jest wykonywanie raz na pół roku kontroli stomatologicznych oraz regularne pomiary wagi.

Tabela 53. Mycie zębów minimum 2 razy dziennie wg deklaracji respondentów

		TAK	NIE	Brak odp
Płeć	Kobieta	92,5%	7,5%	0,0%
	Mężczyzna	79,1%	20,9%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	74,2%	25,8%	0,0%
	Średnie	90,1%	9,9%	0,0%
	Wyższe	92,5%	7,5%	0,0%
Wiek	18-35	90,8%	9,2%	0,0%
	36-50	78,2%	21,8%	0,0%
	51-65	93,3%	6,7%	0,0%

⁴⁷⁶ B. Woynarowska, Styl życia i zachowania zdrowotne w: Edukacja zdrowotna... op. cit., s. 64.

⁴⁷⁷ por. Ibidem s. 64.

Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	87,5%	12,5%	0,0%
	Średnie miasto	90,9%	9,1%	0,0%
	Duże miasto	88,5%	11,5%	0,0%
	Razem	88,0%	12,0%	0,0%
		χ^2	p	
	Płeć	14,761	0,000	
	Wykształcenie	13,740	0,001	
	Wiek	10,459	0,005	
	Miejsce zamieszkania	0,174	0,917	

źródło: badania własne

W kwestii mycia zębów minimum dwa razy dziennie zauważyć można, że zdecydowana większość mieszkańców województwa śląskiego (88%) przejawia ten nawyk, tylko 12%- tego nie robi. Mężczyźni w porównaniu z kobietami częściej deklarują, iż zdarza im się nie myć zębów minimum dwa razy w ciągu dnia. Podobnie rzecz się ma z osobami o wykształceniu podstawowym lub zawodowym- częściej niż inne grupy z tej kategorii podziału deklarują nie stosowanie się do tego prozdrowotnego zwyczaju. Biorąc pod uwagę kategorię wieku- widać większy udział procentowy osób w wieku 36-50 lat w deklarowaniu nie mycia zębów minimum dwa razy dziennie. Z kolei kategoryzacja ze względu na miejsce zamieszkanie pokazuje, że do tego prozdrowotnego zwyczaju nie stosują się częściej mieszkańcy wsi i małych miast (jednakże różnica procentowa jest w tym wypadku znikoma).

Analizując wartość prawdopodobieństwa obserwowanego można stwierdzić występowanie zależności między myciem zębów minimum dwa razy dziennie a płcią, wykształceniem oraz wiekiem ($p < 0,05$).

Kolejna tabela obrazuje, czy mieszkańcy województwa śląskiego stosują się do zalecenia, by wykonywać regularne kontrole stomatologiczne.

Tabela 54. Regularne wykonywanie kontroli stomatologicznych przez badanych

		Co pół roku	Raz na rok	Rzadziej niż raz na rok	Co parę lat	Wcale	Brak odp
Płeć	Kobieta	27,5%	40,4%	20,4%	9,8%	2,0%	0,0%
	Męczyzna	23,3%	34,1%	21,7%	14,7%	6,2%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	22,6%	38,7%	14,5%	11,3%	12,9%	0,0%
	Średnie	24,4%	38,4%	21,1%	14,0%	2,1%	0,0%
	Wyższe	33,8%	37,5%	25,0%	3,8%	0,0%	0,0%
Wiek	18-35	28,0%	34,0%	22,7%	12,1%	3,2%	0,0%
	36-50	19,5%	51,7%	12,6%	11,5%	4,6%	0,0%
	51-65	26,7%	40,0%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%

Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	26,9%	41,8%	17,8%	11,1%	2,4%	0,0%
	Średnie miasto	18,2%	36,4%	9,1%	9,1%	27,3%	0,0%
	Duże miasto	25,5%	33,9%	25,5%	12,1%	3,0%	0,0%
	Razem	26,0%	38,3%	20,8%	11,5%	3,4%	0,0%
		χ^2	p				
	Płeć	7,897	0,095				
	Wykształcenie	30,356	0,000				
	Wiek	14,397	0,072				
	Miejsce zamieszkania	24,536	0,002				

źródło: badania własne

Rozkład częstości odpowiedzi wskazuje, że w 38,3% mieszkańcy województwa śląskiego wykonują rutynowe kontrole stomatologiczne raz na rok, a w 26% co pół roku. Z kolei prawie 21% badanych ogółem czyni to nieregularnie- rzadziej niż raz na rok, 11,5%- co parę lat, a 3,4%- w ogóle nie wykonuje kontrolnych badań stomatologicznych.

Biorąc pod uwagę podział odpowiedzi ze względu na płeć zauważyć można, iż kobiety częściej niż mężczyźni wykonują kontrolne badania stomatologiczne (prawie 70% respondentek robi to co pół roku- raz w roku). Z kolei prawie 43% mężczyzn robi to nieregularnie albo wcale.

Kategoryzacja ze względu na poziom wykształcenia ukazuje, iż ponad 71,3% respondentów z wykształceniem wyższym wykonuje takie badania co pół roku lub raz w roku. Zatem grupa osób z wykształceniem wyższym najczęściej wykonuje kontrole stomatologiczne w porównaniu z innymi w ramach tej kategorii.

W kategorii wieku najczęściej kontrole stomatologiczne wykonują osoby w przedziale wiekowym 36-50 lat, a najrzadziej- w wieku 18-35 lat. Z kolei biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania, najczęściej takie badania wykonują mieszkańcy wsi lub małych miast, a najrzadziej średnich miast.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego potwierdza występowanie zależności w wypadku kategorii płci i miejsca zamieszkania ($p < 0,05$), natomiast w pozostałych kategoriach występuje tendencja do dużego zróżnicowania odpowiedzi ($p > 0,05 < 0,1$).

Kolejne przeanalizowane kwestie to (w wypadku kobiet) wykonywanie badania cytologicznego oraz samobadania piersi, a także kontrolnego badania krwi i moczu (w wypadku obu płci).

Tabela 55. Wykonywanie badania cytologicznego przez badane kobiety

N=255		Co 2-3 lata	Co parę lat- nieregularnie	Wcale	Brak odp
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	38,2%	20,6%	41,2%	0,0%
	Średnie	36,9%	14,3%	48,8%	0,0%
	Wyższe	76,9%	13,5%	9,6%	0,0%
Wiek	18-35	35,1%	13,8%	51,1%	0,0%
	36-50	67,9%	22,6%	9,4%	0,0%
	51-65	100 %	0,0%	0,0%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	37,8%	19,3%	43,0%	0,0%
	Średnie miasto	66,7%	0,0%	33,3%	0,0%
	Duże miasto	53,1%	10,6%	36,3%	0,0%
	Razem	45,3%	15,0%	39,8%	0,0%
		χ^2	p		
	Wykształcenie	30,685	0,000		
	Wiek	46,561	0,000		
	Miejsce zamieszkania	8,552	0,073		

źródło: badania własne

Badanie cytologiczne jest niezwykle istotne bowiem w Polsce w 2013 roku zarejestrowano ponad 3 tysiące zachorowań na raka szyjki macicy. Zachorowalność i umieralność a ten rodzaj nowotworu jest w Polsce dużo wyższa niż w innych krajach Unii Europejskiej. Ciągłe ogromnym problemem jest zbyt późna wykrywalność, tymczasem nowotwór wcześniej wykryty jest uleczalny⁴⁷⁸.

Rozkład częstości odpowiedzi wskazuje, że 45,3% kobiet regularnie wykonuje badanie cytologiczne, jednak niepokojący jest fakt, że prawie 40% nie wykonuje takiego badania, a 15% czyni to nieregularnie. Jak wynika z badań GUS w ciągu ostatnich lat odsetek kobiet wykonujących cytologię wzrósł znacznie, co potwierdzają również wyniki badań własnych. Badania GUS wskazują, że blisko 1/3 kobiet wykonywała cytologię w ciągu ostatniego roku⁴⁷⁹.

Zgodnie z zaleceniami cytologię wykonują w większości kobiety z wykształceniem wyższym (prawie 77%). Wyniki badań GUS również potwierdzają częstsze wykonywanie

⁴⁷⁸ por. B. Woynarowska, Styl życia i zachowania zdrowotne w: Edukacja zdrowotna... op. cit., s. 65.

⁴⁷⁹ GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku, Warszawa 2016, s.120-121.

cytologii u kobiet lepiej wykształconych⁴⁸⁰. Na niewykonywanie tego badania wskazało prawie 50% kobiet z wykształceniem średnim. Na uwagę zasługuje także fakt, że 100% kobiet z przedziału wiekowego 51-65 lat oraz 70% w wieku 36-50 lat wykonuje cytologię zgodnie z zaleceniami. Natomiast 51% kobiet w wieku 18-35 lat w ogóle nie wykonuje tego niezwykle istotnego badania. Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania- zgodnie z zaleceniami cytologię wykonują głównie mieszkanki średnich miast (aż 66,7%), niestety większość (423%) mieszanek wsi lub małych miast w ogóle nie wykonuje tego badania.

Analiza wartości prawdopodobieństwa obserwowanego wskazuje na występowanie zależności między wykonywaniem badania cytologicznego, a kategoriami wykształcenia oraz wieku ($p < 0,05$; $p = 0,000$), zaś w kategorii miejsca zamieszkania występują tendencje do różnic w odpowiedziach ($p > 0,05 < 0,1$; $p = 0,073$).

Wykonywanie samobadania piersi może stanowić nawyk ratujący życie, bowiem pozwala na samodzielne wykrycie niepokojących zmian. Warto dodać, iż rak piersi również zbiera w Polsce ogromne żniwo- w 2013 roku odnotowano 17 tysięcy zachorowań na ten rodzaj nowotworu⁴⁸¹.

Tabela 56. Wykonywanie samobadania piersi przez ankietowane kobiety

N=255		Tak, co miesiąc	Tak, ale nieregularnie	Nie	Brak odp
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	32,4%	32,4%	35,3%	0,0%
	Średnie	10,7%	42,9%	46,4%	0,0%
	Wyższe	32,7%	42,3%	25,0%	0,0%
Wiek	18-35	12,2%	38,8%	48,9%	0,0%
	36-50	35,8%	47,2%	17,0%	0,0%
	51-65	30,8%	53,8%	15,4%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	14,1%	42,2%	43,7%	0,0%
	Średnie miasto	33,3%	16,7%	50,0%	0,0%
	Duże miasto	22,1%	41,6%	36,3%	0,0%
	Razem	18,1%	41,3%	40,6%	0,0%
		χ^2	p		
	Wykształcenie	20,522	0,000		
	Wiek	27,709	0,000		
	Miejsce zamieszkania	4,869	0,301		

źródło: badania własne

⁴⁸⁰ Ibidem, s.121

⁴⁸¹ B. Woynarowska, Styl życia i zachowania zdrowotne w: Edukacja zdrowotna... op. cit., s. 65.

Rozkład częstości odpowiedzi wskazuje, że nieznaczna większość (41,3%) kobiet wykonuje samobadanie piersi nieregularnie, aż 40,6% w ogóle tego nie robi, a tylko 18,1% wykonuje je regularnie każdego miesiąca. Comiesięczne samobadanie piersi wykonują częściej kobiety z wyższym wykształceniem, a kobiety z wykształceniem średnim najczęściej deklarują niewykonywanie tego badania.

Prawie 50% kobiet w przedziale wiekowym 18-35 lat w ogóle nie wykonuje samobadania piersi, a zgodnie z zleceniami najczęściej robią to kobiety w wieku 35-50 lat. Z kolei kobiety w grupie wiekowej 51-65 lat, które znajdują się przecież w grupie ryzyka zachorowania na raka piersi, niestety tylko w 30,8% wykonują comiesięczne samobadanie piersi, a 15,4/5 kobiet z tej grupy w ogóle tego nie robi.

Mieszkanki średnich miast najczęściej (aż w 50%) deklarują, że nie wykonują takiego badania, ale jednocześnie ponad 33% z nich (zatem więcej niż w pozostałych grupach w ramach tej kategorii) deklarują wykonywanie samobadania piersi co miesiąc.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego wskazuje na występowanie zależności w wypadku zmiennej jaką jest wykształcenie oraz wiek ($p < 0,05$; $p = 0,000$).

Tabela 57. Wykonywanie kontrolnego badania krwi przez respondentów

		Raz na rok	Raz na dwa lata	Raz na kilka lat	Wcale	Brak odp
Płeć	Kobieta	41,6%	18,8%	26,7%	12,9%	0,0%
	Mężczyzna	46,5%	18,6%	15,5%	19,4%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	43,5%	17,7%	22,6%	16,1%	0,0%
	Średnie	42,6%	17,4%	24,4%	15,7%	0,0%
	Wyższe	45,0%	23,8%	18,8%	12,5%	0,0%
Wiek	18-35	41,1%	16,7%	25,5%	16,7%	0,0%
	36-50	47,1%	24,1%	17,2%	11,5%	0,0%
	51-65	60,0%	26,7%	6,7%	6,7%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	47,6%	13,5%	24,0%	14,9%	0,0%
	Średnie miasto	9,1%	63,6%	18,2%	9,1%	0,0%
	Duże miasto	40,0%	22,4%	21,8%	15,8%	0,0%
	Razem	43,2%	18,8%	22,9%	15,1%	0,0%
		χ^2	p			
	Płeć	7,496	0,058			
	Wykształcenie	2,731	0,842			
	Wiek	9,775	0,134			
	Miejsce zamieszkania	21,016	0,002			

źródło: badania własne

Większość mieszkańców województwa śląskiego (43,2%) wykonuje kontrolne badanie krwi zgodnie z zaleceniami, czyli raz w roku. Prawie 23% respondentów ogółem czyni to raz na kilka lat, 18,8% raz na dwa lata, a 15% w ogóle nie wykonuje takiego badania.

Co ciekawe mężczyźni częściej (46,5%) w porównaniu z kobietami (41,6%) wskazują na wykonywanie profilaktycznego badania krwi zgodnie z zaleceniami (raz na rok).

Biorąc pod uwagę kategorię wykształcenia zauważyć można większy udział procentowy (45%) osób z wykształceniem wyższym w wyborze odpowiedzi wskazującej na wykonywanie badania krwi zgodnie z zaleceniami specjalistów.

Najczęściej wykonywanie profilaktycznego badania krwi raz w roku deklarują osoby w wieku 51-65% (60% z nich), a najrzadziej osoby z przedziału 18-35 lat.

Na wykonywanie badania krwi raz w roku wskazuje także większość mieszkańców wsi i małych miast (47,6%)- co stanowi jednocześnie większość w deklarowaniu wykonywania badania krwi raz na roku w kategoryzacji ze względu na miejsce zamieszkania.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego potwierdza występowanie zależności w wypadku właśnie miejsca zamieszkania ($p < 0,05$; $p = 0,02$) oraz tendencję do różnic w wypadku kategorii płci ($p > 0,05 < 0,1$; $p = 0,058$).

Tabela 58. Wykonywanie kontrolnego badania moczu przez ankietowanych

		Raz na rok	Raz na dwa lata	Raz na kilka lat	Wcale	Brak odp
Płeć	Kobieta	33,3%	14,5%	27,1%	25,1%	0,0%
	Mężczyzna	38,0%	20,2%	20,2%	21,7%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	37,1%	14,5%	24,2%	24,2%	0,0%
	Średnie	35,1%	15,3%	24,8%	24,8%	0,0%
	Wyższe	32,5%	21,3%	25,0%	21,3%	0,0%
Wiek	18-35	33,3%	12,4%	26,6%	27,7%	0,0%
	36-50	36,8%	27,6%	21,8%	13,8%	0,0%
	51-65	53,3%	26,7%	6,7%	13,3%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	39,9%	11,1%	26,0%	23,1%	0,0%
	Średnie miasto	18,2%	36,4%	18,2%	27,3%	0,0%
	Duże miasto	29,7%	21,8%	23,6%	24,8%	0,0%
	Razem	34,9%	16,4%	24,7%	24,0%	0,0%
		χ^2	p			
	Płeć	4,257	0,235			
	Wykształcenie	2,011	0,919			
	Wiek	20,822	0,002			
	Miejsce zamieszkania	13,467	0,036			

źródło: badania własne

Rozkład częstości odpowiedzi wskazuje, że prawie 35% mieszkańców województwa śląskiego wykonuje kontrolne badanie moczu raz w roku, zatem zgodnie z zaleceniami. Prawie 25% robi to raz na kilka lat, 24% w ogóle nie wykonuje takiego badania, a 16,4% robi to raz na około dwa lata.

Kategoryzacja ze względu na płeć pokazuje, że mężczyźni częściej niż kobiety wykonują badanie moczu zgodnie z zaleceniami (raz w roku). Kobiety częściej w porównaniu z mężczyznami z kolei deklarują, że nie wykonują w ogóle takiego badania.

Biorąc pod uwagę poziom wykształcenia, aż 37,1% osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym (zatem więcej niż w pozostałych grupach z tej kategorii) wykonuje badanie moczu raz na rok.

Odnosząc się zaś do kategorii wieku zauważyć można, że częstość wykonywania kontrolnego badania moczu rośnie wraz z wiekiem- najczęściej wykonują je osoby w wieku 51-65 lat, a najrzadziej te w przedziale 18-35 lat.

Znaczna część osób, bo prawie 40%, mieszkających na wsiach lub w małych miastach wykonuje badanie moczu raz na rok, co jednocześnie stanowi największy odsetek w porównaniu z pozostałymi grupami w kategorii miejsca zamieszkania.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego dla zmiennej pośredniczącej jaką jest wiek potwierdza występowanie opisanej wyżej zależności ($p < 0,05$; $p = 0,02$), z kolei w wypadku miejsca zamieszkania wartość ta świadczy o tendencji do dużego zróżnicowania odpowiedzi ($p > 0,05 < 0,1$; $p = 0,036$).

W kolejnych tabelach znaleźć można informacje o wykonywaniu kontrolnych pomiarów ciśnienia oraz wagi stanowiących istotny element profilaktyki chorób cywilizacyjnych.

Tabela 59. Wykonywanie kontrolnych pomiarów ciśnienia przez respondentów

		Tak	Nie	Brak
Płeć	Kobieta	51,8%	48,2%	0,0%
	Mężczyzna	64,3%	35,7%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	54,8%	45,2%	0,0%
	Średnie	53,7%	46,3%	0,0%
	Wyższe	63,8%	36,3%	0,0%
Wiek	18-35	52,1%	47,9%	0,0%
	36-50	62,1%	37,9%	0,0%
	51-65	93,3%	6,7%	0,0%

Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	56,3%	43,8%	0,0%
	Średnie miasto	27,3%	72,7%	0,0%
	Duże miasto	57,6%	42,4%	0,0%
	Razem	56,0%	44,0%	0,0%
		χ^2	p	
	Płeć	5,499	0,019	
	Wykształcenie	2,495	0,287	
	Wiek	11,501	0,003	
	Miejsce zamieszkania	3,856	0,145	

źródło: badania własne

Rozkład częstości odpowiedzi wskazuje, że większość mieszkańców województwa śląskiego ogółem (56%) wykonuje regularnie kontrolne pomiary ciśnienia, a 44% takich pomiarów nie wykonuje. Zauważyć można, iż częściej na wykonywanie takich pomiarów wskazują mężczyźni w porównaniu z kobietami. Częściej takiego wskazania dokonali także respondenci z wykształceniem wyższym w porównaniu z pozostałymi kategoriami wykształcenia. Zaś biorąc pod uwagę wiek respondentów- najmniejszy odsetek wskazań na regularne wykonywanie pomiarów ciśnienia występuje w przedziale wiekowym 18-35 lat, a największy w przedziale 51-65 lat. Jest to zgodne z ogólnopolskimi badaniami GUS, według których 2/3 populacji dorosłych Polaków miało wykonywane pomiary ciśnienia w ciągu ostatniego roku. Zaś odsetek osób, które takiego badania nigdy nie wykonywały dotyczył zazwyczaj osób w wieku poniżej 20 roku życia⁴⁸².

W kategorii miejsca zamieszkania, mieszkańcy dużych miast najczęściej dokonali wskazania na regularne kontrole ciśnienia, z kolei mieszkańcy średnich miast najczęściej wskazali, iż takich pomiarów nie wykonują.

Analiza wartości prawdopodobieństwa obserwowanego potwierdza występowanie zależności co do kategorii płci oraz wieku ($p < 0,05$)

⁴⁸² GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku, Warszawa 2016, s.116.

Tabela 60. Wykonywanie przez ankietowanych kontrolnych pomiarów wagi

		Tak	Nie	Brak odp
Płeć	Kobieta	76,4%	23,6%	0,0%
	Mężczyzna	71,3%	28,7%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	67,7%	32,3%	0,0%
	Średnie	75,1%	24,9%	0,0%
	Wyższe	78,8%	21,3%	0,0%
Wiek	18-35	76,2%	23,8%	0,0%
	36-50	67,8%	32,2%	0,0%
	51-65	86,7%	13,3%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	74,0%	26,0%	0,0%
	Średnie miasto	63,6%	36,4%	0,0%
	Duże miasto	76,2%	23,8%	0,0%
	Razem	74,7%	25,3%	0,0%
		χ^2	p	
	Płeć	1,158	0,282	
	Wykształcenie	2,302	0,316	
	Wiek	3,631	0,163	
	Miejsce zamieszkania	0,960	0,619	

źródło: badania własne

Mieszkańcy województwa śląskiego w zdecydowanej większości (74,7%) wykonują regularne pomiary wagi. W wypadku kategoryzacji odpowiedzi nie występują żadne znaczące różnice. Nieco częściej na niewykonywanie takich pomiarów wskazali mężczyźni w porównaniu z kobietami. Podobnie osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym częściej wskazały na to, iż nie wykonują takich pomiarów (w porównaniu z pozostałymi kategoriami wykształcenia).

Odnosnie kategorii wieku najczęściej na niewykonywanie kontrolnych pomiarów wagi wskazali respondenci w wieku 36-50 lat, a w kategorii miejsca zamieszkania- mieszkańcy średnich miast.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego wyklucza istnienie zależności odnośnie którejkolwiek z analizowanych zmiennych.

Regularność wykonywania pomiarów wagi w wypadku wszystkich kategorii może wynikać z faktu, iż pomiary takie stanowią nie tylko istotny element profilaktyki ale wiążą się również z dbałością o sylwetkę tak rozpowszechnioną we współczesnym świecie.

Kolejną kwestią, którą poddano analizie, a również mającą związek z działaniami prewencyjnymi jest zdobywanie informacji na temat zdrowia z rzetelnych źródeł.

Respondenci mieli za zadanie wskazać dwa źródła, z których takie informacje czerpią najczęściej. Poniższa tabela ilustruje rozkład częstości odpowiedzi w tym zakresie.

Tabela 61. Źródła informacji na temat zdrowia wykorzystywane przez badanych (wybór maksymalnie dwóch źródeł) - płeć

Lekarz		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Płeć	Kobieta	54,5%	45,5%	0,0%
	Mężczyzna	59,7%	40,3%	0,0%
	Razem	56,3%	43,8%	0,0%
Znajomi		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Płeć	Kobieta	81,2%	18,8%	0,0%
	Mężczyzna	77,5%	22,5%	0,0%
	Razem	79,9%	20,1%	0,0%
TV		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Płeć	Kobieta	91,4%	8,6%	0,0%
	Mężczyzna	90,7%	9,3%	0,0%
	Razem	91,1%	8,9%	0,0%
Internet		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Płeć	Kobieta	99,2%	0,4%	0,4%
	Mężczyzna	99,2%	0,8%	0,0%
	Razem	99,2%	0,5%	0,3%
Gazety		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Płeć	Kobieta	89,0%	11,0%	0,0%
	Mężczyzna	93,8%	6,2%	0,0%
	Razem	90,6%	9,4%	0,0%
Czasopisma i książki naukowe		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Płeć	Kobieta	80,0%	20,0%	0,0%
	Mężczyzna	93,8%	6,2%	0,0%
	Razem	84,6%	15,4%	0,0%

źródło: badania własne

Źródłem informacji na temat zdrowia najczęściej wskazywanym przez kobiety i mężczyzn ogółem była telewizja i Internet, czyli środki masowego przekazu, co potwierdza tezę, iż obecnie stanowią one element edukacji nieformalnej. Wiąże się to zarówno z zagrożeniami, jaki i może stanowić rodzaj potencjału, który należałoby wykorzystać i odpowiedni ukierunkować. Zaś analizując wybór źródeł dla poszczególnych płci oddzielnie mężczyźni najczęściej wskazywali także na czerpanie informacji z książek

i czasopism naukowych, co z kolei stanowi element rzetelnej wiedzy na temat zdrowia i choroby.

Kolejna tabela pozwoli ocenić czy media stanowią dla mieszkańców województwa śląskiego swoisty motywator do samokontroli swojego stanu zdrowia.

Tabela 62. Zachęcenie do badań profilaktycznych przez udział celebrytów i gwiazd w kampaniach oraz przez kampanie z udziałem mediów (wg deklaracji respondentów)

Udział celebrytów, gwiazd, itp.		Tak	Nie	Brak odp	χ^2	p
Płeć	Kobieta	22,4%	77,3%	0,4%	7,608	0,006
	Mężczyzna	10,9%	89,1%	0,0%		
	Razem	18,5%	81,3%	0,3%		
Kampanie z udziałem mediów		Tak	Nie	Brak odp	χ^2	p
Płeć	Kobieta	10,6%	89,4%	0,0%	7,927	0,005
	Mężczyzna	2,3%	96,1%	1,6%		
	Razem	7,8%	91,7%	0,5%		

źródło: badania własne

Udział gwiazd, tzw. celebrytów, dziennikarzy i innych medialnych osób dla 81,3% mieszkańców województwa śląskiego nie stanowi czynnika motywacyjnego do wykonywania badań profilaktycznych. Jednak kobiety częściej niż mężczyźni deklarują, iż udział sławnych osób zachęca je do samokontroli zdrowia. Na występowanie takiej zależności wskazuje wartość prawdopodobieństwa obserwowanego ($p < 0,05$).

W zakresie kampanii profilaktycznych z udziałem mediów 91,7% mieszkańców województwa śląskiego deklaruje, że takie kampanie nie zachęciły ich do wykonania jakichkolwiek badań profilaktycznych, jednak częściej kobiety niż mężczyźni wskazały na wykonywanie badań profilaktycznych pod wpływem kampanii medialnych. Taką zależność potwierdza wartość prawdopodobieństwa obserwowanego. Zatem być może tego typu działania i kampanie są przeprowadzane w sposób mało interesujący. Gdyby akcje profilaktyczne z udziałem osób medialnych były lepiej nadzorowane i ukierunkowywane, mogłyby cieszyć się większą popularnością. Jest to więc istotna wytyczna dla praktyki edukacyjnej.

Podsumowując niniejszy podrozdział można stwierdzić, że mieszkańcy województwa śląskiego charakteryzują się raczej wysoką świadomością w zakresie konieczności regularnego wykonywania badań profilaktycznych, co pokazują poprzez regularność wykonywania takich badań jak: badanie krwi, moczu, pomiary ciśnienia oraz wagi.

W wypadku kobiet w większości wykonują one badania cytologiczne, wyjątkiem są tutaj mieszkanki wsi i małych miast, które w większości tego nie robią. Niepokojący jest też fakt, że większość kobiet nie wykonuje regularnego, comiesięcznego samobadania piersi. Ponadto respondenci stwierdzili, iż udział specjalistów oraz gwiazd w kampaniach medialnych nie zachęcił ich do wykonania badań.

Kolejny podrozdział dotyczy zachowań mających często charakter ryzykowany, a mianowicie korzystania z używek.

5.6. Zachowania zdrowotne mieszkańców województwa śląskiego w zakresie korzystania z używek

Podrozdział ten dotyczy diagnozy zachowań zdrowotnych mieszkańców województwa śląskiego w zakresie korzystania z używek. Używanie takich substancji, jak: alkohol, tytoń oraz inne substancje psychoaktywne należy do grupy zachowań wyraźnie zagrażających zdrowiu. Badania wykazują bowiem wyraźny związek między nadmiernym spożyciem alkoholu, a wieloma chorobami cywilizacyjnymi. Podobnie rzecz się ma z paleniem tytoniu, które stanowi czynnik ryzyka kilkunastu rodzajów nowotworów, a także innych chorób, w tym chorób układu krążenia, jak i schorzeń w obrębie układu oddechowego. Z kolei stosowanie innych substancji psychoaktywnych (nadużywanie leków, czy zażywanie narkotyków) stanowi bezpośrednie zagrożenia dla zdrowia, a nawet życia⁴⁸³.

Tabela 63. Częstość spożywania alkoholu przez mieszkańców województwa śląskiego

		Codzien nie	Kilka razy w tyg.	Raz w tyg.	Rzadziej niż raz w tyg.	W ogóle	Brak odp
Płeć	Kobieta	1,2%	4,7%	15,7%	51,4%	26,7%	0,4%
	Mężczyzna	3,9%	14,0%	29,5%	35,7%	17,1%	0,0%
Wykształ cenie	Podstawowe lub zawodowe	4,8%	4,8%	27,4%	35,5%	25,8%	1,6%
	Średnie	0,8%	7,9%	17,4%	48,8%	25,2%	0,0%
	Wyższe	3,8%	10,0%	23,8%	46,3%	16,3%	0,0%
Wiek	18-35	1,1%	8,2%	22,0%	45,0%	23,4%	0,4%
	36-50	5,7%	6,9%	13,8%	46,0%	27,6%	0,0%
	51-65	0,0%	6,7%	26,7%	66,7%	0,0%	0,0%

⁴⁸³ B. Woynarowska, Styl życia i zachowania zdrowotne w: Edukacja zdrowotna... op. cit., s. 66.

Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	1,4%	8,2%	20,7%	44,2%	25,5%	0,0%
	Średnie miasto	9,1%	9,1%	27,3%	27,3%	27,3%	0,0%
	Duże miasto	2,4%	7,3%	19,4%	49,7%	20,6%	0,6%
	Razem	2,1%	7,8%	20,3%	46,1%	23,4%	0,3%
		χ^2	p				
	Płeć	28,300	0,000				
	Wykształcenie	13,577	0,093				
	Wiek	15,560	0,049				
	Miejsce zamieszkania	6,018	0,645				

źródło: badania własne

Analizując rozkład częstości odpowiedzi ogółem- 46,1% mieszkańców województwa śląskiego deklaruje sięganie po alkohol rzadziej niż raz w tygodniu. Z kolei 23,4% badanych w ogóle nie spożywa alkoholu, zaś 20,3% robi to średnio raz w tygodniu. Biorąc pod uwagę podział odpowiedzi z uwzględnieniem płci widać wyraźnie, iż kobiety w większym odsetku (ponad 50%) niż mężczyźni (35,7%) deklarują spożywanie alkoholu rzadziej niż raz w tygodniu. Ponad 26% kobiet a 17% mężczyzn w ogóle nie spożywa alkoholu. Z kolei mężczyźni częściej (29,7%) w porównaniu z kobietami (tylko 15,7%) deklarują spożywanie alkoholu średnio raz w tygodniu. 14% mężczyzn spożywa alkohol kilka razy w tygodniu, a 3,9% robi to każdego dnia. W wypadku kobiet ponad 15% z nich spożywa alkohol raz w tygodniu, 4,7%- kilka razy w tygodniu, a 1,9%- codziennie. Zatem mężczyźni częściej sięgają po alkohol niż kobiety, na co wskazują także ogólnopolskie badania GUS. Zgodnie z nimi, co 3 mężczyzn sięga po alkohol raz w tygodniu, tymczasem częstotliwość taka dotyczy tylko co 7 kobiety⁴⁸⁴.

Uwzględniając pozostałe kryteria zauważyć można, iż osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym oraz wyższym nieco częściej sięgają po alkohol niż te z wykształceniem średnim. Ale sporo część osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym deklaruje abstynencję (25,8%), codzienne spożywanie alkoholu dotyczy 4,8% osób na takim poziomie wykształcenia, odsetek ten jest zatem wyższy niż w pozostałych grupach.

Analizując odpowiedzi z uwzględnieniem kategorii wieku, deklaracja abstynencji dotyczy największego odsetka osób w wieku 36-50 lat (ponad 27,6%). Jednak w tym przedziale wiekowym jest również największy odsetek osób spożywających alkohol codziennie (5,7%), w porównaniu z osobami w pozostałych przedziałach wiekowych. Natomiast żadna z osób w przedziale wiekowym 51-65 lat nie spożywa alkoholu codziennie,

⁴⁸⁴ GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku, Warszawa 2016, s.99-100.

ani nie deklaruje całkowitej abstynencji. Najwięcej (66,7%) osób z tej grupy robi to średnio raz w tygodniu, zauważyć można zatem, największy udział procentowy osób właśnie z tej grupy wiekowej w deklarowanym spożyciu alkoholu średnio raz w tygodniu.

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania- mieszkańcy średnich miast w równym odsetku (po 27,3%) deklarują spożywanie alkoholu kilka razy w tygodniu, raz w tygodniu oraz całkowitą abstynencję. W tej grupie jest także największy odsetek (ponad 9%) osób spożywających alkohol codziennie. Odsetek ten jest najmniejszy (ponad 1%) wśród mieszkańców wsi lub małych miast. Widać również nieco większy udział procentowy mieszkańców dużych miast (prawie 50%) w spożywaniu alkoholu średnio raz w tygodniu.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego wskazuje na zależność ($p < 0,05$) w zakresie płci i wieku a częstości spożywania alkoholu. Zaś w kategorii wykształcenia ($p > 0,05 < 1$) nie można mówić o zależności, ale widać wyraźną tendencję do różnic w odpowiedziach- co potwierdza analiza rozkładu częstości odpowiedzi.

Kolejną istotną kwestią dotyczącą stosowania używek jest palenie papierosów. Zróżnicowanie odpowiedzi w zakresie tego zachowania obrazuje poniższa tabela.

Tabela 64. Palenie wyrobów tytoniowych przez mieszkańców województwa śląskiego

		Codzien nie	Kilka razy w tyg.	Raz w tyg.	Rzadziej niż raz w tyg.	W ogóle	Brak odp
Płeć	Kobieta	16,5%	4,3%	1,6%	4,3%	73,3%	0,0%
	Mężczyzna	22,5%	3,9%	0,8%	6,2%	66,7%	0,0%
Wykształ cenie	Podstawowe lub zawodowe	21,0%	4,8%	1,6%	1,6%	71,0%	0,0%
	Średnie	16,9%	3,7%	1,7%	5,4%	72,3%	0,0%
	Wyższe	21,3%	5,0%	0,0%	6,3%	67,5%	0,0%
Wiek	18-35	17,4%	5,7%	1,8%	6,4%	68,8%	0,0%
	36-50	23,0%	0,0%	0,0%	1,1%	75,9%	0,0%
	51-65	13,3%	0,0%	0,0%	0,0%	86,7%	0,0%
Miejsce zamieszka nia	Wieś lub małe miasto	14,9%	2,9%	1,4%	6,3%	74,5%	0,0%
	Średnie miasto	9,1%	18,2%	9,1%	9,1%	54,5%	0,0%
	Duże miasto	23,6%	4,8%	0,6%	3,0%	67,9%	0,0%
	Razem	18,5%	4,2%	1,3%	4,9%	71,1%	0,0%
		χ^2	p				
	Płeć	3,280	0,512				
	Wykształcenie	4,434	0,816				
	Wiek	14,406	0,072				
	Miejsce zamieszkania	19,624	0,012				

źródło: badania własne

Rozkład częstości odpowiedzi ogółem wskazuje, iż zdecydowana większość mieszkańców województwa śląskiego (71,1%) nie pali papierosów. Codzienne sięganie po papierosy deklaruje 18,5% badanych, zaś 4,9% sięga po nie sporadycznie- rzadziej niż raz w tygodniu, 4,2%- kilka razy w tygodniu, a 1,3%- średnio raz w tygodniu. Z kolei wyniki ogólnopolskich badań GUS wyglądają podobnie. Zgodnie z nimi ponad 70% Polaków w ogóle nie pali, 23,8% pali codziennie, a 5,4%- sporadycznie⁴⁸⁵.

Analizując częstość odpowiedzi w podziale ze względu na płeć, widać nieco większy udział procentowy kobiet (73,3%) w porównaniu z mężczyznami (66,7%) w wyborze odpowiedzi „nie palę”. Z kolei większy odsetek mężczyzn (22,5%) niż kobiet (16,5%) deklaruje codzienne sięganie po papierosy.

Biorąc pod uwagę kategorię wykształcenia, zauważyć można, iż nieco większy odsetek osób ze średnim wykształceniem deklaruje odpowiedź „nie palę”. Z kolei codzienne sięganie po papierosy dotyczy w większym stopniu osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym (21%) oraz wyższym (21,3%), a w mniejszym- z wykształceniem średnim (16,9%).

Analizując rozkład odpowiedzi z uwzględnieniem wieku respondentów, największy odsetek niepalących dotyczy przedziału 51-65 lat (86,7%), a palących codziennie- 36-50 lat (23%). Podobną informację dają badania GUS- wskazują bowiem, iż osoby palące codziennie znajdują się w grupie wiekowej +/- 50 lat.

Natomiast kategoryzacja odpowiedzi pod względem miejsca zamieszkania pokazuje, że problem codziennego palenia dotyczy częściej mieszkańców dużych miast (23,6%), w porównaniu z mieszkańcami wsi i małych miast (tutaj odsetek palących codziennie wynosi 14,9%) oraz średnich miast (9,1%). Jednocześnie widać jednak większy udział procentowy mieszkańców właśnie wsi i małych miast w wyborze odpowiedzi „nie palę”.

Analiza wartości prawdopodobieństwa obserwowanego wskazuje na zależność między paleniem, a miejscem zamieszkania ($p < 0,05$; $p = 0,012$). Z kolei odnosząc się do kategorii wieku nie można mówić o zależności, jednakże wartość prawdopodobieństwa obserwowanego ($p = 0,072$; $p > 0,05 < 0,1$) potwierdza wykazaną wyżej tendencję do różnicowania odpowiedzi w poszczególnych grupach wiekowych.

Kolejną istotną kwestią poddaną analizie, a związaną z korzystaniem z używek jest stosowanie substancji psychoaktywnych. Rozkład częstości odpowiedzi obrazuje tabela 59.

⁴⁸⁵ GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku, Warszawa 2016, s.98-99.

Tabela 65. Epizody stosowania substancji psychoaktywnych (marihuana, dopalacze, i in.) przez mieszkańców województwa śląskiego

		Tak, ale jeden raz	Tak regularnie	Nie	Brak odp
Płeć	Kobieta	27,1%	1,6%	71,4%	0,0%
	Mężczyzna	48,1%	5,4%	46,5%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	33,9%	6,5%	59,7%	0,0%
	Średnie	35,5%	2,1%	62,4%	0,0%
	Wyższe	30,0%	2,5%	67,5%	0,0%
Wiek	18-35	41,1%	3,9%	55,0%	0,0%
	36-50	13,8%	0,0%	86,2%	0,0%
	51-65	20,0%	0,0%	80,0%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	34,6%	1,4%	63,9%	0,0%
	Średnie miasto	45,5%	9,1%	45,5%	0,0%
	Duże miasto	32,7%	4,2%	63,0%	0,0%
	Razem	34,1%	2,9%	63,0%	0,0%
		χ^2	p		
	Płeć	23,929	0,000		
	Wykształcenie	4,282	0,369		
	Wiek	30,472	0,000		
	Miejsce zamieszkania	5,141	0,273		

źródło: badania własne

Analizując odpowiedzi ogółem- 63% mieszkańców województwa śląskiego deklaruje, iż nigdy nie zdarzyło im się próbować substancji psychoaktywnych, 34,1% wskazuje na jednorazowy kontakt z takimi substancjami, a 2,9%- na regularne korzystanie z takich środków. Badania GUS pokazują, iż co dwudziesta dorosła osoba miała w swoim życiu chociaż jeden epizod stosowania substancji psychoaktywnych (najczęściej przetworów konopi)⁴⁸⁶.

Widać wyraźne różnice w częstotliwości odpowiedzi kobiet oraz mężczyzn, bowiem większość mężczyzn (48,1%) deklaruje, iż miała jednorazowy kontakt z substancjami psychoaktywnymi, zaś 46,5% wskazuje na brak takiego kontaktu. W wypadku kobiet- 71,4% deklaruje, że nigdy nie próbowało substancji psychoaktywnych, a 27,1% próbowało, ale jednorazowo. Podobnie wyniki badań GUS wskazują na częstszy kontakt mężczyzn z takimi substancjami⁴⁸⁷.

⁴⁸⁶ GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku, Warszawa 2016, s.103.

⁴⁸⁷ Ibidem, s. 104.

Kategoryzacja według poziomu wykształcenia wykazuje, iż nieco większy odsetek osób z wykształceniem średnim (w porównaniu z pozostałymi poziomami wykształcenia) deklaruje jednorazowy kontakt z substancjami psychoaktywnymi. Widać również niewielką przewagę procentową w deklarowaniu braku takiego kontaktu po stronie osób z wykształceniem wyższym. Warto zwrócić uwagę, iż w grupie osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym jest z kolei największy odsetek osób regularnie zażywających substancje psychoaktywne (w porównaniu z pozostałymi poziomami wykształcenia).

Rozkład częstości odpowiedzi ze względu na wiek pokazuje dużo większy udział procentowy osób w przedziale wiekowym 18-35 lat w deklarowaniu jednorazowego kontaktu z substancjami psychoaktywnymi (41%) w porównaniu z pozostałymi grupami. W tej grupie wiekowej również znajdują się osoby regularnie sięgające po takie substancje, zaś odsetek osób, które nigdy nie miały kontaktu z substancjami psychoaktywnymi jest największy w przedziale wiekowym 36-50 lat.

Kategoryzacja odpowiedzi pod względem miejsca zamieszkania wskazuje na największy udział procentowy (45,5%) osób mieszkających w średnich miastach w jednorazowych próbach kontaktu z substancjami psychoaktywnymi. Warto nadmienić, iż taki sam odsetek respondentów z tej grupy, deklaruje też całkowity brak takiego kontaktu. Również widać większy udział procentowy osób z tej grupy wyborze odpowiedzi „biorę je regularnie”.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego wskazuje na występowanie zależności między stosowaniem substancji psychoaktywnych a kategorią płci oraz wieku ($p=0,000$; $p<0,05$).

Jako ostatni element korzystania z używek przez mieszkańców województwa śląskiego zbadano opinie na temat możliwości zabawy bez korzystania z alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

Tabela 66. Opinie badanych na temat możliwości zabawy bez spożywania alkoholu i innych substancji „wspomagających”

		TAK	NIE	Brak odp
Płeć	Kobieta	92,9%	7,1%	0,0%
	Mężczyzna	65,1%	34,1%	0,8%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	69,4%	29,0%	1,6%
	Średnie	87,2%	12,8%	0,0%
	Wyższe	83,8%	16,3%	0,0%

Wiek	18-35	81,9%	18,1%	0,0%
	36-50	87,4%	11,5%	1,1%
	51-65	93,3%	6,7%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	83,7%	16,3%	0,0%
	Średnie miasto	63,6%	36,4%	0,0%
	Duże miasto	84,8%	14,5%	0,6%
	Razem	83,6%	16,1%	0,3%
		χ^2	p	
	Płeć	46,870	0,000	
	Wykształcenie	10,013	0,007	
	Wiek	3,068	0,216	
	Miejsce zamieszkania	3,596	0,166	

źródło: badania własne

Analiza odpowiedzi ogółem pokazuje, że dla zdecydowanej większości mieszkańców województwa śląskiego (83,6%) zabawa bez stosowania używek jest możliwa. Na brak takiej możliwości wskazało 16,1% ankietowanych.

Różnicując odpowiedzi pod względem płci widać, iż większa część mężczyzn (34%) w porównaniu z kobietami (zaledwie 7%) nie uznaje możliwości dobrej zabawy bez korzystania z używek. Podobnie osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym częściej (w porównaniu z pozostałymi grupami w ramach tej kategorii) deklarują brak możliwości dobrej zabawy bez korzystania z używek. Kategoryzacja odpowiedzi pod względem wieku wskazuje na minimalnie większy odsetek osób w wieku 18-35 lat w deklarowaniu braku możliwości dobrej zabawy bez korzystania z alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Podobnie rzecz się ma w wypadku kategoryzacji pod względem miejsca zamieszkania- mieszkańcy średnich miast nieco częściej od pozostałych grup w ramach tej kategorii, deklarują brak możliwości dobrej zabawy bez stosowania substancji „wspomagających”.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego potwierdza jedynie występowanie zależności w ramach kategorii płci oraz poziomu wykształcenia ($p < 0,05$).

W odniesieniu do korzystania z używek, mieszkańcy województwa śląskiego raczej w większości nie przejawiają ryzykownych zachowań. Charakteryzują się bezpieczną częstotliwością spożywania alkoholu, w większości nie palą tytoniu. Ponadto nie stosują substancji psychoaktywnych, choć spory odsetek respondentów deklaruje epizodyczny kontakt z takimi substancjami.

Ostatni podrozdział w ramach części dotyczącej diagnozy zachowań zdrowotnych dotyczy niezwykle istotnego wymiaru zdrowia- wymiaru psychospołecznego.

5.7. Zachowania zdrowotne mieszkańców województwa śląskiego w zakresie zdrowia psychospołecznego

Jak wykazano w rozdziale teoretycznym niniejszej dysertacji, zgodnie z założeniami holistycznego modelu zdrowia, istotnym jego wymiarem (obok aspektu somatycznego) jest zdrowie psychospołeczne oraz zachowania mające na celu jego ochronę. Do zachowań sprzyjających prawidłowemu funkcjonowaniu psychospołecznemu zaliczyć można: stosowanie technik redukcji stresu, zachowywanie właściwych relacji interpersonalnych, udzielanie i otrzymywanie wsparcia społecznego, poświęcanie odpowiedniego czasu na odpoczynek, sen i relaks. Co więcej utrzymywanie zdrowia psychospołecznego może mieć bezpośrednie przełożenie na naszą jakość życia, a także na nasze funkcjonowanie w wymiarze somatycznym⁴⁸⁸.

W pierwszej kolejności przeanalizowano kwestie czasu trwania snu mieszkańców województwa śląskiego.

Tabela 67. Czas trwania snu mieszkańców województwa śląskiego

		Więcej niż 8h	8-7 h	6-5 h	Ok. 4 h	3 h i mniej	Brak odp
Płeć	Kobieta	7,8%	45,1%	39,6%	5,9%	1,6%	0,0%
	Mężczyzna	5,4%	41,9%	42,6%	8,5%	1,6%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	9,7%	27,4%	45,2%	17,7%	0,0%	0,0%
	Średnie	7,0%	47,9%	38,0%	4,5%	2,5%	0,0%
	Wyższe	5,0%	45,0%	45,0%	5,0%	0,0%	0,0%
Wiek	18-35	7,4%	45,7%	40,4%	4,6%	1,8%	0,0%
	36-50	4,6%	37,9%	42,5%	13,8%	1,1%	0,0%
	51-65	13,3%	46,7%	33,3%	6,7%	0,0%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	8,2%	45,2%	38,5%	6,7%	1,4%	0,0%
	Średnie miasto	9,1%	54,5%	36,4%	0,0%	0,0%	0,0%
	Duże miasto	5,5%	41,8%	43,6%	7,3%	1,8%	0,0%
	Razem	7,0%	44,0%	40,6%	6,8%	1,6%	0,0%

⁴⁸⁸ E. Syrek, K. Borzucka- Sitkiewicz K., Edukacja zdrowotna, wyd. WAiP, Warszawa 2009.

		χ^2	p				
	Płeć	1,994	0,737				
	Wykształcenie	23,608	0,003				
	Wiek	11,564	0,172				
	Miejsce zamieszkania	3,283	0,915				

źródło: badania własne

Rozkład częstości odpowiedzi ukazuje, iż większość (44%) mieszkańców województwa śląskiego śpi ok. 7-8 h w ciągu nocy (zatem zgodnie z zaleceniami specjalistów). Prawie 41% na sen poświęca 5-6 h, 7%- więcej niż 8 h, 6,8%- ok. 4 h, a 1,6%- 3 h i mniej. Raport TNS wskazuje na podobne wyniki- 53% badanych Polaków poświęca na sen na ogół 7-8 h, a 30%- 5-6 h⁴⁸⁹.

Kategoryzacja odpowiedzi ze względu na płeć wskazuje, iż kobiety w większości śpią zgodnie z zaleceniami, czyli 7-8 h, zaś mężczyźni śpią w większości nieco krócej od kobiet (42,6% śpią 5-6 h w ciągu nocy).

Z kolei kategoryzacja odpowiedzi według poziomu wykształcenia ukazuje, że najkrócej śpią osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym (45,2% osób z tej grupy śpią 5-6 h). Mieszkańcy województwa śląskiego z wykształceniem średnim prawie w 50% śpią 7-8 h, natomiast osoby z wykształceniem wyższym w równym odsetku (po 45%) śpią 7-8 h i 5-6 h.

Rozkład częstości odpowiedzi z uwzględnieniem wieku respondentów wskazuje, że najkrócej w ciągu nocy śpią osoby w przedziale wiekowym 36-50 lat (42,5% osób z tej grupy śpią 5-6 h), osoby w wieku 51-65 lat w 46,7% śpią 7-8 h w ciągu nocy, a najmłodsza grupa wiekowa (18-35 lat) w 45,7% śpią również 7-8 h.

Z kolei według kategorii miejsca zamieszkania, najkrócej śpią mieszkańcy dużych miast- w 43,6% śpią 5-6 h w ciągu nocy. Mieszkańcy średnich miast w 54,5% śpią 7-8 h w ciągu nocy, a mieszkańcy wsi i małych miast w 45,2% podobnie śpią 7-8 h.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego potwierdza występowanie zależności w odniesieniu do kategorii wykształcenia ($p < 0,05$; $p = 0,03$).

Kolejnymi przeanalizowanymi kwestiami było codzienne poświęcanie czasu na relaks oraz sposoby radzenia sobie ze stresem.

⁴⁸⁹ B. Woynarowska, Styl życia i zachowania zdrowotne w: Edukacja zdrowotna... op. cit., s. 64.

Tabela 68. Codzienne poświęcanie czasu na relaks/odpoczynek wg deklaracji badanych

		TAK	NIE	Brak odp
Płeć	Kobieta	81,2%	18,0%	0,8%
	Mężczyzna	78,3%	20,9%	0,8%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	80,6%	19,4%	0,0%
	Średnie	82,6%	16,1%	1,2%
	Wyższe	72,5%	27,5%	0,0%
Wiek	18-35	80,5%	18,4%	1,1%
	36-50	79,3%	20,7%	0,0%
	51-65	80,0%	20,0%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	84,6%	14,4%	1,0%
	Średnie miasto	81,8%	18,2%	0,0%
	Duże miasto	74,5%	24,8%	0,6%
	Razem	80,2%	19,0%	0,8%
		χ^2	p	
	Płeć	0,465	0,495	
	Wykształcenie	4,840	0,089	
	Wiek	0,187	0,911	
	Miejsce zamieszkania	6,428	0,040	

źródło: badania własne

Jak wynika z powyższej tabeli, mieszkańcy województwa śląskiego w większości (80,2%) deklarują, iż poświęcają każdego dnia odpowiednią ilość czasu na relaks i odpoczynek. Tylko 19% twierdzi, że tego nie robi.

W podziale odpowiedzi ze względu na płeć zauważyć można, iż nieco większy odsetek kobiet (ponad 81%) w porównaniu z mężczyznami (78,3%) deklaruje codzienne poświęcanie czasu na odpoczynek.

Według kategorii wykształcenia, najczęściej codzienne poświęcanie czasu na odpoczynek deklarują osoby z wykształceniem średnim, a najrzadziej z wykształceniem wyższym. Kategoryzacja odpowiedzi z uwzględnieniem kryterium wieku wskazuje, iż największą świadomością w zakresie konieczności codziennego odpoczynku w celu regeneracji organizmu, charakteryzują się osoby w wieku 18-35 lat- bowiem aż ponad 80% z nich deklaruje, iż praktykuje ten prozdrowotny zwyczaj. Niewiele mniej (równe 80%) osób w przedziale wiekowym 51-65 lat także deklaruje codzienne poświęcanie czasu na relaks, podobnie jak 79,3% respondentów w wieku 36-50 lat.

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania- największy odsetek mieszkańców wsi lub małych miast (ponad 84%) deklaruje codzienne poświęcanie czasu na relaks, zaś mieszkańcy dużych miast, w porównaniu z pozostałymi grupami, najrzadziej deklarują praktykowanie tego zwyczaju. Zależność też potwierdza wartość prawdopodobieństwa obserwowanego ($p < 0,05$). Z kolei w wypadku kategorii wykształcenia występuje tendencja do różnic w odpowiedziach ($p > 0,05 < 0,1$).

Tabela 69. Indywidualne sposoby respondentów na radzenie sobie ze stresem

		TAK	NIE	Brak odp
Płeć	Kobieta	41,2%	58,8%	0,0%
	Mężczyzna	37,2%	62,8%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	24,2%	75,8%	0,0%
	Średnie	41,7%	58,3%	0,0%
	Wyższe	46,3%	53,8%	0,0%
Wiek	18-35	37,2%	62,8%	0,0%
	36-50	43,7%	56,3%	0,0%
	51-65	66,7%	33,3%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	43,3%	56,7%	0,0%
	Średnie miasto	9,1%	90,9%	0,0%
	Duże miasto	37,6%	62,4%	0,0%
	Razem	39,8%	60,2%	0,0%
		χ^2	p	
	Płeć	0,562	0,453	
	Wykształcenie	8,067	0,018	
	Wiek	5,838	0,054	
	Miejsce zamieszkania	5,713	0,057	

źródło: badania własne

Rozkład częstości odpowiedzi wskazuje, iż większość mieszkańców województwa śląskiego (ponad 60%) nie posiada indywidualnych sposobów radzenia sobie ze stresem.

Uwzględniając kategorię płci- kobiety częściej niż mężczyźni deklarują, że posiadają indywidualne sposoby radzenia sobie ze stresem, jednak i tak większość z nich nie posiada takich strategii.

Podobnie osoby z wykształceniem wyższym częściej niż pozostałe grupy w ramach tej kategorii, deklarują, że posiadają indywidualne strategie radzenia sobie ze stresem, jednak również większość z nich takich strategii nie posiada.

Kategoryzacja odpowiedzi z uwzględnieniem wieku respondentów pokazuje, iż osoby w przedziałach wiekowych 18-35 lat oraz 36-51 lat w większości nie posiadają takich

strategii, zaś osoby z grupy 51-65 lat w większości (66,7%) deklarują posiadanie indywidualnych sposobów radzenia sobie.

Uwzględniając kryterium miejsca zamieszkania zauważyć można, że mieszkańcy średnich miast dominują w deklarowaniu, iż nie posiadają indywidualnych strategii zaradczych (ponad 90% z nich złożyło taką deklarację).

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego wskazuje na występowanie zależności w odniesieniu do kategorii wykształcenia ($p < 0,05$) oraz tendencje do różnic w odniesieniu do kategorii wieku oraz miejsca zamieszkania ($p > 0,05 < 0,1$).

W dalszej kolejności poddano analizie kwestie związane z otrzymywaniem wsparcia społecznego, jako istotnego elementu dbałości o zdrowie psychospołeczne.

Tabela 70. Zwracanie się o wsparcie do bliskich wg deklaracji badanych

		TAK	NIE	Brak odp
Płeć	Kobieta	69,4%	30,6%	0,0%
	Mężczyzna	55,8%	44,2%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	56,5%	43,5%	0,0%
	Średnie	67,8%	32,2%	0,0%
	Wyższe	62,5%	37,5%	0,0%
Wiek	18-35	67,4%	32,6%	0,0%
	36-50	55,2%	44,8%	0,0%
	51-65	73,3%	26,7%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	62,0%	38,0%	0,0%
	Średnie miasto	72,7%	27,3%	0,0%
	Duże miasto	67,9%	32,1%	0,0%
	Razem	64,8%	35,2%	0,0%
		χ^2	p	
	Płeć	6,948	0,008	
	Wykształcenie	3,016	0,221	
	Wiek	4,837	0,089	
	Miejsce zamieszkania	1,695	0,429	

źródło: badania własne

Zdecydowana większość mieszkańców województwa śląskiego (prawie 65%) deklaruje, że w razie problemów chętnie zwraca się o pomoc do bliskich.

Kategoryzując odpowiedzi z uwzględnieniem płci zauważyć można, iż kobiety zdecydowanie częściej niż mężczyźni deklarują zwracanie się o pomoc do bliskich w razie problemów.

Uwzględniając poziom wykształcenia- częściej o pomoc do bliskich zwracają się osoby z wykształceniem średnim (w porównaniu do osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym oraz wyższym).

Podział odpowiedzi ze względu na wiek wskazuje na najczęstsze zwracanie się o pomoc do bliskich osób w wieku 51-65 lat, a najrzadsze osób w wieku 36-50 lat.

Zgodnie z ostatnim kryterium różnicującym odpowiedzi- miejscem zamieszkania- najczęściej o pomoc do bliskich zwracają się mieszkańcy średnich miast, a najrzadziej wsi lub małych miast.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego wskazuje na występowanie zależności w wypadku zmiennej pośredniczącej jaką jest płeć ($p < 0,05$), natomiast tendencję do różnic w odpowiedziach w wypadku kategorii wieku ($p > 0,05 < 0,1$).

Tabela 71. Nawiązywanie nowych znajomości przez badanych

		TAK	NIE	Brak odp
Płeć	Kobieta	77,3%	22,7%	0,0%
	Mężczyzna	76,0%	24,0%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	71,0%	29,0%	0,0%
	Średnie	74,8%	25,2%	0,0%
	Wyższe	87,5%	12,5%	0,0%
Wiek	18-35	81,6%	18,4%	0,0%
	36-50	60,9%	39,1%	0,0%
	51-65	80,0%	20,0%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	76,0%	24,0%	0,0%
	Średnie miasto	100,0%	0,0%	0,0%
	Duże miasto	76,4%	23,6%	0,0%
	Razem	76,8%	23,2%	0,0%
		χ^2	p	
	Płeć	0,080	0,778	
	Wykształcenie	6,876	0,032	
	Wiek	15,997	0,000	
	Miejsce zamieszkania	3,425	0,180	

źródło: badania własne

Zdecydowana większość mieszkańców województwa śląskiego (prawie 77%) deklaruje chętnie nawiązywanie nowych znajomości.

Kategoryzując odpowiedzi z uwzględnieniem kryterium płci nie pojawiają się istotne różnice w częstości odpowiedzi kobiet i mężczyzn- zarówno kobiety jak i mężczyźni w ponad 76% deklarują chętnie nawiązywanie nowych znajomości.

Nieco inaczej sytuacja wygląda kategoryzując odpowiedzi ze względu na poziom wykształcenia- otóż najchętniej nowe znajomości nawiązują osoby z wykształceniem wyższym- taka deklaracja dotyczy aż 87,5% osób z tej grupy.

Biorąc pod uwagę kryterium wieku- najczęściej chętnie nawiązywanie nowych znajomości deklarują osoby w wieku 18-35 lat, a w dalszej kolejności te w wieku 51-65 lat.

Analiza rozkładu częstości odpowiedzi względem miejsca zamieszkania ukazuje, iż najchętniej nowe znajomości nawiązują mieszkańcy średnich miast- otóż 100% mieszkańców średnich miast zaznaczyło taką odpowiedź.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego potwierdza występowanie zależności w odniesieniu do zmiennych: wieku oraz wykształcenia ($p < 0,05$).

Tabela 72. Częstość spędzania czasu z bliskimi/ przyjaciółmi wg deklaracji badanych

		Raz w tyg. lub częściej	Kilka razy w m-cu	Raz w m-cu	Raz na kilka m-cy lub rzadziej	Brak odp
Płeć	Kobieta	53,3%	24,7%	10,2%	11,8%	0,0%
	Mężczyzna	51,2%	26,4%	10,1%	12,4%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	45,2%	24,2%	11,3%	19,4%	0,0%
	Średnie	59,5%	23,6%	8,7%	8,3%	0,0%
	Wyższe	37,5%	31,3%	13,8%	17,5%	0,0%
Wiek	18-35	64,9%	24,1%	8,2%	2,8%	0,0%
	36-50	18,4%	21,8%	16,1%	43,7%	0,0%
	51-65	20,0%	66,7%	13,3%	0,0%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	55,3%	23,1%	9,6%	12,0%	0,0%
	Średnie miasto	54,5%	36,4%	9,1%	0,0%	0,0%
	Duże miasto	49,1%	27,3%	10,9%	12,7%	0,0%
	Razem	52,6%	25,3%	10,2%	12,0%	0,0%
		χ^2	p			
	Płeć	0,199	0,978			
	Wykształcenie	17,011	0,009			
	Wiek	139,945	0,000			
	Miejsce zamieszkania	3,433	0,753			

źródło: badania własne

Analizując częstość spędzania czasu z bliskimi zauważyć można, że 52,6% spędza czas z bliskimi oraz znajomymi raz w tygodniu lub częściej, ponad 25%- kilka razy w miesiącu, 12%- raz na kilka miesięcy lub rzadziej, a ponad 10%- czyni to raz w miesiącu.

Rozkład częstości odpowiedzi z uwzględnieniem kryterium płci nie wskazuje na żadne znaczące różnice w odpowiedziach kobiet i mężczyzn.

Biorąc pod uwagę poziom wykształcenia- najczęściej z bliskimi spotykają się osoby z wykształceniem średnim (prawie 60% z nich robi to raz w tygodniu lub częściej).

Największe zróżnicowanie występuje uwzględniając kategorie wieku- bowiem w tym wypadku rozkład częstości odpowiedzi wskazuje na najczęstsze spędzanie czasu z bliskimi w wypadku osób w przedziale wiekowym 18-35 lat (większość, czyli prawie 65% z nich spędza czas z bliskim raz w tygodniu lub częściej). Natomiast najrzadsze spędzanie czasu z bliskimi dotyczy osób w wieku 36-50 lat- większość (ponad 43%) osób z tej grupy wiekowej deklaruje spędzanie czasu ze znajomymi raz na kilka miesięcy lub rzadziej.

Odnosząc się do kategorii miejsca zamieszkania- nie widać istotnych różnic w odpowiedziach. Nieco częściej niż pozostałe grupy w tej kategorii, spędzanie czasu z bliskimi raz w tygodniu lub częściej deklarują osoby zamieszkujące wsie lub małe miasta.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego potwierdza występowanie zależności w wypadku kategorii wieku oraz wykształcenia ($p < 0,05$).

Tabela 73. Problemy w relacjach z płcią przeciwną deklarowane przez ankietowanych

		TAK	NIE	Brak odp
Płeć	Kobieta	14,1%	85,5%	0,4%
	Mężczyzna	17,1%	76,0%	7,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	25,8%	69,4%	4,8%
	Średnie	14,0%	83,5%	2,5%
	Wyższe	10,0%	88,8%	1,3%
Wiek	18-35	16,7%	80,5%	2,8%
	36-50	12,6%	85,1%	2,3%
	51-65	0,0%	100,0%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	16,3%	80,8%	2,9%
	Średnie miasto	18,2%	81,8%	0,0%
	Duże miasto	13,3%	84,2%	2,4%
	Razem	15,1%	82,3%	2,6%
		χ^2	p	
	Płeć	1,076	0,300	
	Wykształcenie	8,034	0,018	
	Wiek	3,747	0,154	
	Miejsce zamieszkania	0,748	0,688	

źródło: badania własne

Zdecydowana większość mieszkańców województwa śląskiego (ponad 82%) deklaruje, iż nie ma żadnych problemów w nawiązywaniu relacji z osobami płci przeciwnej. Występowanie takich problemów z kolei deklaruje 15% respondentów.

Uwzględniając kategorię płci- mężczyźni nieco częściej deklarują występowanie takich problemów niż kobiety.

Biorąc zaś pod uwagę kategorię wykształcenia- najczęściej na występowanie takich problemów wskazują osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym, a najrzadziej z wykształceniem wyższym.

Różnicując odpowiedzi ze względu na wiek zauważyć można, że 100% osób w wieku 51-65 lat wskazuje na brak jakichkolwiek problemów w nawiązywaniu relacji z osobami płci przeciwnej. Najczęściej na takie problemy wskazują z kolei osoby w wieku 18-35 lat.

Kategoryzacja odpowiedzi z uwzględnieniem miejsca zamieszkania nie wykazuje istotnych różnic. Nieco częściej na brak problemów w nawiązywaniu relacji wskazują mieszkańcy dużych miast.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego potwierdza występowanie zależności wyłącznie w odniesieniu do kategorii wykształcenia.

Kolejne przeanalizowane kwestie dotyczą sposobu postrzegania osób płci przeciwnej przez respondentów. Pytania pozwalające zdiagnozować tę sprawę miały charakter otwarty, zadaniem respondentów było wskazanie najpierw dwóch cech wyglądu zewnętrznego, które biorą pod uwagę oceniając osoby płci przeciwnej, a następnie dwóch cech/ zachowań istotnych dla ogólnej oceny potencjalnego partnera. Dokonano kategoryzacji najczęściej pojawiających się odpowiedzi- szczegółowe dane zawierają poniższe tabele.

Tabela 74. Dwie cechy wyglądu zewnętrznegobrane pod uwagę przy ocenianiu osoby płci przeciwnej przez badanych (kategoryzacja pytania otwartego)

	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
Kategorie:	Liczba odpowiedzi	Procent	Liczba odpowiedzi	Procent	Liczba odpowiedzi	Procent
twarz	58	22,7%	59	45,7%	117	30,5%
sylwetka/figura	43	16,9%	42	32,6%	85	22,1%
oczy	61	23,9%	17	13,2%	78	20,3%
wzrost	46	18,0%	4	3,1%	50	13,0%
uśmiech	24	9,4%	2	1,6%	26	6,8%
włosy	14	5,5%	11	8,5%	25	6,5%
zęby	11	4,3%	4	3,1%	15	3,9%
biust/piersi	0	0,0%	14	10,9%	14	3,6%
pośladki/pupa/"tyłek"	0	0,0%	13	10,1%	13	3,4%

źródło: badania własne

Mężczyźni najczęściej oceniając wygląd kobiet biorą pod uwagę kolejno: twarz; sylwetkę; oczy; biust; pośladki; włosy. Natomiast kobiety oceniając wygląd potencjalnego partnera najczęściej deklarują, iż biorą pod uwagę: oczy; twarz; wzrost; sylwetkę; uśmiech; włosy.

W tym wypadku widać zatem, iż mężczyźni oceniając wygląd kobiet biorą pod uwagę zwłaszcza cechy będące typowymi atrybutami kobiecymi oraz te sugerujące postrzeganie kobiet jako obiektów *stricte* seksualnych (biust, pośladki, figura). Z kolei kobiety oceniając wygląd mężczyzn nie zwróciły uwagi na cechy *stricte* seksualne.

Tabela 75. Cechy/ zachowania istotne podczas dokonywania ogólnej oceny osoby płci przeciwnej przez badanych

Kategorie:	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	Liczba odpowiedzi	Procent	Liczba odpowiedzi	Procent	Liczba odpowiedzi	Procent
charakter/osobowość	47	18,4%	37	28,7%	84	21,9%
poczucie humoru	71	27,8%	11	8,5%	82	21,4%
wygląd	24	9,4%	24	18,6%	48	12,5%
inteligencja	29	11,4%	7	5,4%	36	9,4%
sylwetka	6	2,4%	4	3,1%	10	2,6%
kultura osobista	6	2,4%	2	1,6%	8	2,1%
dobre wychowanie	7	2,7%	1	0,8%	8	2,1%
pewność siebie	8	3,1%	0	0,0%	8	2,1%
dobre maniere	5	2,0%	0	0,0%	5	1,3%
sposób zachowania	1	0,4%	0	0,0%	1	0,3%

źródło: badania własne

Analizując ogólne cechy/ zachowania brane pod uwagę przy ocenie potencjalnego partnera wskazane przez mieszkańców województwa śląskiego zauważyć można, że kobiety najczęściej wskazywały na: poczucie humoru; osobowość; inteligencja; wygląd zewnętrzny. Z kolei mężczyźni najczęściej wskazywali na następujące cechy/ zachowania potencjalnych partnerek: osobowość; poczucie humoru; wygląd zewnętrzny; inteligencja.

Zauważyć można zatem, iż mężczyźni stawiają wyżej niż inteligencję wygląd zewnętrzny w hierarchii głównych cech branych pod uwagę podczas dokonywania oceny potencjalnych partnerek. Są zatem bardziej skłonni oceniać płę przeciwną przez pryzmat ciała.

Zachowania zdrowotne mieszkańców województwa śląskiego w zakresie wymiaru psychospołecznego nie odbiegają zatem w sposób znaczący od zachowań uznawanych ogólnie za prozdrowotne. Poświęcają oni właściwą ilość czasu na sen, odpoczynek i relaks.

Jednak nie posiadają własnych sposobów radzenia sobie ze stresem. Ponadto w razie potrzeby zwracają się o pomoc do bliskich, chętnie się z nimi spotykają, a także nawiązują nowe znajomości. Natomiast odnosząc się do nawiązywania relacji z płcią przeciwną- w większości nie deklarują jakichkolwiek problemów w tym zakresie. Biorąc zaś pod uwagę deklarowane cechy/atraktywności potencjalnego partnera, jakie biorą pod uwagę badani- mężczyźni odnosząc się do wyglądu potencjalnych partnerek najczęściej zwracają uwagę na atrybuty seksualne, a oceniając ogólne cechy/ zachowania- wyżej w hierarchii stawiają wygląd aniżeli inteligencję.

Przeprowadzona diagnoza może stanowić punkt wyjścia do konstrukcji programów z zakresu edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia, profilaktyki. W konstrukcji tych programów warto zwrócić uwagę na obszary wymagające ewentualne korekty. Takie postulaty i rekomendacje znajdują się w ostatnim rozdziale dysertacji, tymczasem kolejny podrozdział zawiera ogólną diagnozę natężenia zachowań prozdrowotnych w badanych obszarach, na podstawie skonstruowanej zwłaszcza na potrzeby analizy statystycznej Skali Zachowań Zdrowotnych.

5.8. Ogólna diagnoza zachowań zdrowotnych mieszkańców województwa śląskiego na podstawie *Skali Zachowań Prozdrowotnych*

Jak już wspomniano w rozdziale metodologicznym niniejszej dysertacji, w celu dokonania zwięzłej i czytelnej, a zarazem rzetelnej weryfikacji ewentualnych zależności między sposobem percepcji zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej, a zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego i ich sposobem, postrzegania własnego ciała, skonstruowano *Skalę Zachowań Prozdrowotnych*. Narzędzie to otrzymano już po zebraniu materiału empirycznego poprzez wybór najistotniejszych z punktu widzenia problematyki badawczej pytań z *Autorskiego Kwestionariusza Podejmowanych Zachowań Zdrowotnych* oraz dokonanie rangowania odpowiedzi zgodnie z zasadą, że im wyższa ranga, tym wyższy poziom danego zachowania prozdrowotnego. Zatem im wyższa ilość punktów zdobytych przez respondenta w ramach danego obszaru- tym bardziej prozdrowotnymi zachowaniami się charakteryzuje.

W podrozdziale tym znajdują się statystyki opisowe dotyczące skonstruowanej skali- wykorzystane w dalszej kolejności do analizy statystycznej części weryfikacyjnej niniejszych badań. Jednak informacje te stanowią także ciekawy element części diagnostycznej- dają bowiem pewien skrótowy, acz ogólny obraz zachowań zdrowotnych mieszkańców województwa śląskiego. Poniższa tabela zawiera statystyki opisowe dla pierwszego wymiaru zachowań zdrowotnych- zachowań związanych z odżywianiem.

Tabela 76. Statystyki opisowe dla wymiaru zachowań związanych z odżywianiem (Skala Zachowań Prozdrowotnych)

Odżywianie									
Płeć	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
k	253	28,47	5,77	0,36	12,00	24,00	29,00	32,00	45,00
m	129	25,30	6,03	0,53	13,00	21,00	25,00	29,00	42,00
Wiek	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
18-35 lat	280	27,07	6,04	0,36	12,00	22,00	27,00	31,00	45,00
36-50 lat	87	27,59	5,38	0,58	17,00	24,00	27,00	32,00	40,00
51-65 lat	15	32,60	7,64	1,97	18,00	25,00	36,00	37,00	43,00
Wykształcenie	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
Podstawowe/ zawodowe	62	26,97	5,64	0,72	15,00	22,00	27,00	31,00	41,00
Średnie	240	27,21	5,99	0,39	12,00	22,00	27,00	31,00	45,00
Wyższe	80	28,31	6,48	0,72	16,00	24,50	28,00	33,00	40,00
Miejsce zamieszkania	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
Wieś/ małe miasto	206	27,89	6,09	0,42	12,00	23,00	28,00	32,00	45,00
Średnie miasto	11	24,36	5,33	1,61	15,00	21,00	23,00	28,00	33,00
Duże miasto	165	26,99	5,97	0,46	13,00	22,00	27,00	31,00	41,00
Ogółem	382	27,40	6,04	0,31	12,00	23,00	27,00	32,00	45,00

źródło: badania własne

Statystyki opisowe dla ogółu respondentów, a zwłaszcza wartość mediany oraz średniej wskazują na raczej umiarkowany poziom zachowań prozdrowotnych w ramach omawianego wymiaru. Wyższe wartości owych statystyk zaobserwowano w wypadku kobiet (w porównaniu z grupą badanych mężczyzn). Ponadto najwyższe wartości badanej zmiennej dotyczą także osób w wieku 51-65 lat oraz tych z wykształceniem wyższym. Zaś w kategorii miejsca zamieszkania, wartość mediany oraz średniej wskazuje na najwyższe wyniki mieszkańców wsi i małych miast.

Wyniki uzyskane za pomocą testów U Manna Whitneya oraz Kruskalla Wallisa wskazują, iż kategorią różnicującą zachowania związane z odżywianiem jest płeć oraz wiek. W wypadku tych kategorii bowiem wartość p jest mniejsza od 0,05 (zob. aneks 4). Poniżej

znajdują się dane dotyczące kolejnego wymiaru zachowań zdrowotnych- aktywności fizycznej i dbałości o ciało.

Tabela 77. Statystyki opisowe dla wymiaru aktywność fizyczna i dbałość o ciało (Skala Zachowań Prozdrowotnych)

Aktywność i dbałość o ciało									
Płeć	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
k	255	14,58	2,50	0,16	8,00	13,00	14,00	16,00	21,00
m	129	15,24	3,30	0,29	9,00	13,00	15,00	18,00	22,00
Wiek	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
18-35 lat	282	15,03	2,86	0,17	8,00	13,00	15,00	17,00	22,00
36-50 lat	87	14,03	2,52	0,27	8,00	12,00	14,00	15,00	21,00
51-65 lat	15	14,93	2,81	0,73	8,00	14,00	15,00	17,00	19,00
Wykształcenie	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
Podstawowe/ zawodowe	62	14,34	2,67	0,34	8,00	13,00	14,00	16,00	21,00
Średnie	242	15,13	2,82	0,18	8,00	13,00	15,00	17,00	22,00
Wyższe	80	14,16	2,74	0,31	8,00	12,00	14,00	16,00	21,00
Miejsce zamieszkania	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
Wieś/ małe miasto	208	15,04	2,72	0,19	8,00	13,00	15,00	17,00	21,00
Średnie miasto	11	14,00	2,41	0,73	10,00	13,00	14,00	16,00	18,00
Duże miasto	165	14,55	2,92	0,23	8,00	13,00	14,00	17,00	22,00
Ogółem	384	14,80	2,81	0,14	8,00	13,00	15,00	17,00	22,00

źródło: badania własne

Wartości mediany oraz średniej dla ogółu respondentów wskazują na umiarkowany poziom zachowań prozdrowotnych w ramach wymiaru aktywności fizycznej i dbałości o ciało. Biorąc pod uwagę płeć- nieco wyższe wyniki uzyskali badani mężczyźni. Z kolei w kategorii wieku, grupą wiekową, w której poziom prozdrowotnych zachowań w tym zakresie jest najwyższy, są osoby z przedziału 18-35 lat (zgodnie z wartościami statystyk opisowych). Zaś w kategorii wykształcenia, najwyższe wartości statystyk opisowych obserwuje się u osób z wykształceniem średnim. Podobnie mieszkańcy wsi i małych miast uzyskali najwyższe wyniki w ramach omawianej podskali.

Wyniki testu U Manna Whitneya wskazują, iż w ramach omawianego wymiaru, dla kategorii płci nie występuje zależność, a jedynie tendencja do różnic w odpowiedziach. Zaś pozostałe zmienne sprawdzono testem Kruskalla Wallisa, wyniki tego testu wskazują, iż wiek oraz wykształcenie istotnie różnicują poziom zachowań prozdrowotnych dotyczących aktywności fizycznej oraz dbałości o ciało (zob. aneks 4).

Tabela 78. Statystyki opisowe dla wymiaru zachowania prewencyjne (odrębnie dla kobiet i mężczyzn) oraz zachowania prewencyjne nr 2 (ujednolicona zmienna dla kobiet i mężczyzn) (Skala Zachowań Prozdrowotnych)

Zachowania prewencyjne									
Płeć	N	Średni a	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Median a	Q75	Maks.
k	254	18,30	3,75	0,24	8,00	16,00	18,00	21,00	25,00
m	129	14,35	3,27	0,29	6,00	12,00	15,00	17,00	19,00
Ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zachowania prewencyjne nr 2									
Wiek	N	Średni a	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Median a	Q75	Maks.
18-35 lat	282	14,24	2,99	0,18	6,00	12,00	14,00	17,00	19,00
36-50 lat	87	14,72	3,13	0,34	6,00	13,00	15,00	17,00	19,00
51-65 lat	15	16,27	2,40	0,62	10,00	15,00	17,00	18,00	19,00
Wykształcenie	N	Średni a	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Median a	Q75	Maks.
Podstawowe/ zawodowe	62	13,97	3,15	0,40	6,00	12,00	14,00	16,00	19,00
Średnie	242	14,35	2,99	0,19	6,00	12,00	15,00	17,00	19,00
Wyższe	80	15,03	2,96	0,33	10,00	12,00	16,00	18,00	19,00
Miejsce zamieszkania	N	Średni a	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Median a	Q75	Maks.
Wieś/ małe miasto	208	14,59	3,07	0,21	6,00	12,00	15,00	17,00	19,00
Średnie miasto	11	13,09	3,14	0,95	8,00	10,00	14,00	15,00	18,00
Duże miasto	165	14,31	2,94	0,23	6,00	12,00	14,00	17,00	19,00
Ogółem	384	14,43	3,02	0,15	6,00	12,00	15,00	17,00	19,00

źródło: badania własne

Z uwagi na fakt, iż zmienna zachowania prewencyjne przyjmowała inne wartości dla kobiet i mężczyzn, w celu porównania statystyk opisowych z uwzględnieniem kategoryzacji, utworzono nową zmienną (zachowania prewencyjne nr 2) z taką samą liczbą punktów zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn. Biorąc pod uwagę statystyki opisowe dla ogółu respondentów, charakteryzują się oni względnie dobrym poziomem zachowań prozdrowotnych związanych z działaniami prewencyjnymi. Z kategoryzacji wartości statystyk opisowych (zwłaszcza mediany i średniej) wynika, iż najlepsze wyniki uzyskały osoby w wieku 51-65 lat, respondenci z wyższym wykształceniem oraz mieszkańcy wsi i małych miast. Z kolei biorąc pod uwagę zmienną ze zróżnicowaną liczbą punktów dla kobiet i mężczyzn, można stwierdzić, iż kobiety charakteryzują się umiarkowanym natężeniem prawidłowych zachowań prewencyjnych. Z kolei mężczyźni (biorąc pod uwagę liczbę punktów przypisaną do tej kategorii płci) przejawiają względnie prawidłowe zachowania

prewencyjne. Przeprowadzone testy statystyczne potwierdzają, iż kategorią różnicującą poziom prawidłowych zachowań prewencyjnych respondentów jest wiek, tylko dla tej kategorii wartość p jest mniejsza od 0,05 (zob. aneks 4).

Kolejna tabela zawiera statystyki opisowe dotyczące wymiaru zachowań seksualnych oraz wyniki przeprowadzonych testów statystycznych weryfikujących zależność między poziomem tej zmiennej, a kategoriami płci, wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania.

Tabela 79. Statystyki opisowe dla wymiaru zachowania seksualne (Skala Zachowań Prozdrowotnych)

Zachowania seksualne									
Płeć	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
k	255	7,16	0,76	0,05	3,00	7,00	7,00	8,00	8,00
m	129	6,82	1,28	0,11	3,00	7,00	7,00	8,00	8,00
Wiek	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
18-35 lat	282	6,93	0,99	0,06	3,00	7,00	7,00	7,00	8,00
36-50 lat	87	7,37	0,81	0,09	4,00	7,00	7,00	8,00	8,00
51-65 lat	15	7,33	1,18	0,30	4,00	7,00	8,00	8,00	8,00
Wykształcenie	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
Podstawowe/ zawodowe	62	6,95	1,06	0,13	4,00	7,00	7,00	8,00	8,00
Średnie	242	7,06	0,93	0,06	3,00	7,00	7,00	8,00	8,00
Wyższe	80	7,06	1,04	0,12	4,00	7,00	7,00	8,00	8,00
Miejsce zamieszkania	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
Wieś/ małe miasto	208	7,10	0,90	0,06	3,00	7,00	7,00	8,00	8,00
Średnie miasto	11	7,09	0,83	0,25	6,00	6,00	7,00	8,00	8,00
Duże miasto	165	6,98	1,07	0,08	3,00	7,00	7,00	8,00	8,00
Ogółem	384	7,04	0,98	0,05	3,00	7,00	7,00	8,00	8,00

źródło: badania własne

Wartość mediany oraz średniej dla ogółu respondentów wskazuje na wysoki poziom prawidłowych zachowań seksualnych. Natomiast biorąc pod uwagę wartości tych statystyk w podziale ze względu na płeć respondentów- kobiety przejawiają wyższy poziom prawidłowych zachowań seksualnych w porównaniu z mężczyznami. Zaś uwzględniając wiek respondentów wartość statystyk opisowych wskazuje na najwyższy poziom prawidłowych zachowań seksualnych u osób w przedziale 35-50 lat oraz 51-65 lat. Podobnie osoby z wykształceniem średnim oraz wyższym, jak i mieszkańcy wsi i małych miast oraz średnich miast charakteryzują się nieco wyższym poziomem prawidłowych zachowań w omawianym zakresie, aczkolwiek we wszystkich kategoriach różnice te są minimalne. Wyniki testu U Manna Whitneya wskazują, że kategorią różnicującą wymiar zachowań seksualnych stanowi wiek badanych ($p=0,000$; zob. aneks 4).

W dalszej kolejności przeanalizowano statystyki opisowe związane z podskalą wyznaczającą poziom zachowań związanych z korzystaniem z używek.

Tabela 80. Statystyki opisowe dla wymiaru zachowania seksualne (Skala Zachowań Prozdrowotnych)

Korzystanie z używek									
Płeć	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
k	254	12,74	2,33	0,15	5,00	12,00	14,00	14,00	15,00
m	128	11,45	2,66	0,24	5,00	9,50	12,00	13,50	15,00
Wiek	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
18-35 lat	281	12,18	2,48	0,15	5,00	11,00	13,00	14,00	15,00
36-50 lat	86	12,64	2,70	0,29	6,00	11,00	14,00	14,00	15,00
51-65 lat	15	12,80	2,01	0,52	7,00	13,00	14,00	14,00	14,00
Wykształcenie	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
Podstawowe/ zawodowe	60	11,92	2,86	0,37	6,00	10,00	13,00	14,00	15,00
Średnie	242	12,50	2,39	0,15	5,00	11,00	13,00	14,00	15,00
Wyższe	80	12,04	2,62	0,29	5,00	10,00	13,00	14,00	15,00
Miejsce zamieszkania	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
Wieś/ małe miasto	208	12,53	2,37	0,16	5,00	12,00	13,00	14,00	15,00
Średnie miasto	11	11,36	2,25	0,68	8,00	9,00	11,00	13,00	15,00
Duże miasto	163	12,09	2,70	0,21	5,00	10,00	13,00	14,00	15,00
Ogółem	382	12,31	2,52	0,13	5,00	11,00	13,00	14,00	15,00

źródło: badania własne

Statystyki opisowe dla ogółu respondentów w ramach podskali zachowań związanych z korzystaniem z używek wskazują, iż mieszkańcy województwa śląskiego reprezentują względnie prawidłowy poziom zachowań prozdrowotnych w ramach korzystania z używek. Nieco lepsze wyniki (na co wskazuje wartość średniej oraz mediany) uzyskały kobiety w porównaniu z mężczyznami. Kategoryzacja statystyk opisowych z uwzględnieniem wieku respondentów wskazuje na najwyższy poziom prozdrowotnych zachowań związanych z korzystaniem z używek, u osób w wieku 51-65 lat. Podobnie rzecz się ma w odniesieniu do wartości mediany oraz średniej dla grupy respondentów z wykształceniem średnim oraz mieszkańców wsi i małych miast- u tych osób wartości statystyk są wyższe w porównaniu z pozostałymi grupami. Natomiast przeprowadzone testy statystyczne wskazują, iż zarówno wiek jak i płeć stanowią kategorie różnicujące poziom prozdrowotnych zachowań związanych z korzystaniem z używek ($p < 0,05$; zob. aneks 4.). Kolejny przeanalizowany wymiar stanowią zachowania związane ze zdrowiem psychospołecznym.

Tabela 81. Statystyki opisowe dla wymiaru zachowania związane ze zdrowiem psychospołecznym (Skala Zachowań Prozdrowotnych)

Zdrowie psychospołeczne									
Płeć	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
k	252	15,19	1,97	0,12	9,00	14,00	15,00	17,00	18,00
m	120	14,81	2,03	0,18	10,00	13,00	15,00	17,00	18,00
Wiek	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
18-35 lat	272	15,47	1,69	0,10	11,00	14,00	16,00	17,00	18,00
36-50 lat	85	13,68	2,34	0,25	9,00	12,00	14,00	15,00	18,00
51-65 lat	15	15,60	1,64	0,42	12,00	15,00	16,00	17,00	18,00
Wykształcenie	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
Podstawowe/ zawodowe	59	14,19	2,52	0,33	9,00	13,00	14,00	16,00	18,00
Średnie	234	15,34	1,85	0,12	10,00	14,00	16,00	17,00	18,00
Wyższe	79	14,91	1,78	0,20	12,00	14,00	15,00	16,00	18,00
Miejsce zamieszkania	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
Wieś/ małe miasto	200	15,17	2,08	0,15	9,00	14,00	15,00	17,00	18,00
Średnie miasto	11	15,55	1,29	0,39	13,00	15,00	16,00	17,00	17,00
Duże miasto	161	14,91	1,93	0,15	10,00	14,00	15,00	16,00	18,00
Ogółem	372	15,07	2,00	0,10	9,00	14,00	15,00	17,00	18,00

źródło: badania własne

Wartości statystyk opisowych dla ogółu respondentów wskazują na względnie wysoki poziom zachowań prozdrowotnych związanych ze zdrowiem psychospołecznym. Wyższy poziom tych zachowań (o czym świadczą wartości mediany i średniej) reprezentują kobiety- w porównaniu z mężczyznami. Podobnie sytuacja wygląda w odniesieniu do osób z najstarszej grupy wiekowej- reprezentowany przez nich poziom prozdrowotnych zachowań jest wyższy niż w wypadku osób młodszych. Natomiast biorąc pod uwagę wykształcenie oraz miejsce zamieszkania respondentów- średnia oraz mediana osiągają najwyższe wartości w odniesieniu do osób z wykształceniem średnim oraz mieszkańców średnich miast. Z kolei kategorie różnicujące poziom zachowań prawidłowych związanych ze zdrowiem psychospołecznym stanowi wiek oraz wykształcenie, natomiast w wypadku kategorii płci można mówić tylko o tendencji do różnic. Kolejną przeanalizowaną kwestią są statystyki opisowe dotyczące postrzegania ciała.

Tabela 82. Postrzeganie własnego ciała przez mieszkańców województwa śląskiego (patrz legenda)

Różnica w liczbie klas	N	%
-3	2	0,5%
-2	5	1,3%
-1	62	16,1%
0	223	58,1%
1	89	23,2%
2	3	0,8%

źródło: badania własne

Legenda:

0: ocena własnej sylwetki adekwatna do rzeczywistości;

1: ocena własnej sylwetki zawyżona o 1 klasę;

2: ocena własnej sylwetki zawyżona o 2 klasy;

-1: ocena własnej sylwetki zaniżona o 1 klasę;

-2: ocena własnej sylwetki zaniżona o 2 klasy;

-3: ocena własnej sylwetki zaniżona o 3 klasy;

Postrzeganie własnego ciała jak i BMI zostały przeliczone na kategorie od 1 do 5 (rangi). Rysunki 1,2- ranga 1; rys. 3,4- ranga 2; 5,6- ranga 3; 7,8- ranga 4; 9- ranga 5; Analogicznie rangi przypisano wskaźnikowi BMI, a następnie porównywano rangę oceny sylwetki z rangą BMI.

Większość respondentów oceniło swoją sylwetkę jako prawidłową (otrzymało wynik 0) , z kolei 23,2 % zawyżyło ocenę o jedną kategorię- uważają, iż ich sylwetka jest grubsza niż wskazuje BMI. Zaś 16% zaniżyło ocenę własnej sylwetki o jedną kategorię uważając tym samym, iż ich sylwetka jest szczuplejsza niż na to wskazuje ich wskaźnik BMI. Taka klasyfikacja postrzegania ciała stanowiła punkt wyjścia do stworzenia statystyk opisowych dotyczących wymiaru postrzeganie ciała- dane te zawiera poniższa tabela.

Tabela 83. Statystyki opisowe dla wymiaru postrzeganie ciała

Postrzeganie ciała									
Płeć	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
k	255	0,18	0,67	0,04	-1,00	0,00	0,00	1,00	2,00
m	129	-0,23	0,74	0,07	-3,00	-1,00	0,00	0,00	1,00
Wiek	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
18-35 lat	282	0,07	0,66	0,04	-2,00	0,00	0,00	0,00	2,00
36-50 lat	87	-0,05	0,87	0,09	-3,00	0,00	0,00	1,00	1,00
51-65 lat	15	0,13	0,83	0,22	-2,00	0,00	0,00	1,00	1,00
Wykształcenie	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
Podstawowe/ zawodowe	62	0,02	0,91	0,12	-3,00	0,00	0,00	1,00	1,00
Średnie	242	0,07	0,68	0,04	-2,00	0,00	0,00	0,00	2,00
Wyższe	80	-0,01	0,68	0,08	-2,00	0,00	0,00	0,00	1,00

Miejsce zamieszkania	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
Wieś/ małe miasto	208	0,00	0,73	0,05	-3,00	0,00	0,00	0,00	2,00
Średnie miasto	11	-0,18	0,87	0,26	-1,00	-1,00	0,00	1,00	1,00
Duże miasto	165	0,12	0,70	0,05	-2,00	0,00	0,00	1,00	2,00
Ogółem	384	0,04	0,72	0,04	-3,00	0,00	0,00	0,00	2,00

źródło: badania własne

Wartość statystyk opisowych dotyczących wymiaru postrzegania ciała dla ogółu respondentów wskazuje, iż dokonali oni raczej prawidłowej oceny własnej sylwetki (w porównaniu z rzeczywistym BMI). Co ciekawe, kategoryzując statystyki opisowe ze względu na płeć można dostrzec, iż mężczyźni zaniżali ocenę własnej sylwetki (świadczy o tym znak ujemny przy średniej), natomiast kobiety ocenę tę zawyżały. Zatem mężczyźni określali siebie jako szczuplejszych niż są w rzeczywistości, zaś kobiety, jako nieco grubsze niż wynika z ich rzeczywistego BMI. Podobnego zaniżenia oceny sylwetki dokonali respondenci w wieku 36-50 lat oraz osoby z wykształceniem średnim i mieszkańcy średnich miast. pozostałe grupy natomiast nieco zawyżyły ocenę własnej budowy ciała. Jednak we wszystkich przypadkach są to różnice minimalne. Przeprowadzone testy statystyczne wskazują, iż kategorią różnicującą postrzeganie ciała jest oczywiście płeć ($p < 0,05$; (zob. aneks 4). Diagnoza ogólnego poziomu zachowań prozdrowotnych mieszkańców województwa śląskiego oraz postrzegania ciała ukazała zatem, iż mieszkańcy województwa śląskiego charakteryzują się względnie wysokim poziomem zachowań prozdrowotnych w ramach opisanych wymiarów oraz adekwatną do rzeczywistości oceną własnej sylwetki.

W zakresie odżywiania najlepiej wypadają: kobiety, osoby w przedziale wiekowym 51-65 lat, mieszkańcy wsi i małych miast oraz osoby z wykształceniem wyższym.

Z kolei w zakresie aktywności fizycznej i dbałości o ciało, najwyższym nasileniem prozdrowotnych zachowań charakteryzują się mężczyźni, osoby z najmłodszej grupy wiekowej (18-35 lat) oraz mieszkańcy wsi i małych miast, a także osoby z wykształceniem średnim.

Odnosząc się do zachowań prewencyjnych najlepiej w tym zakresie wypadają osoby z grupy wiekowej 51-65 lat, z wykształceniem wyższym oraz mieszkańcy wsi i małych miast.

W zakresie zachowań seksualnych najwyższy poziom prozdrowotnych zachowań reprezentują kobiety, osoby w przedziale wiekowym 36- 65 lat, ze średnim i wyższym wykształceniem oraz mieszkańcy wsi , małych oraz średnich miast.

Z kolei w wypadku korzystania z używek ponownie najlepiej wypadają kobiety, badani z grupy 36- 50 lat i 51-65 lat, mieszkańcy wsi i małych miast oraz osoby z wykształceniem średnim.

W zakresie zdrowia psychospołecznego również najwyższy poziom natężenia prozdrowotnych zachowań przejawiają kobiety, osoby z najstarszej grupy wiekowej, z wykształceniem średnim oraz mieszkańcy średnich miast.

Biorąc natomiast pod uwagę szczegółową analizę części składowych zachowań zdrowotnych, wyraźnie dostrzec można również wymiary, w których konieczne wydaje się wprowadzenie zmian, co może stanowić fundament dla budowania programów o charakterze edukacyjnym. Kwestie z tym związane zawarte są w rozdziale dotyczącym wniosków oraz rekomendacji dla praktyki. Tymczasem kolejny rozdział ma na celu dokonanie diagnozy sposobu percepcji przez mieszkańców województwa śląskiego określonych zjawisk występujących w przekazach kultury masowej. Owa analiza pozwoli zatem sprawdzić, czy mieszkańcy województwa śląskiego dostrzegają charakterystyczne dla współczesnej kultury masowej zjawiska w przekazach medialnych. Świadomość w zakresie obecności tych zjawisk może mieć niebagatelne znaczenie dla podejmowanych zachowań zdrowotnych, co z kolei pozwoli wykazać część druga niniejszego projektu badań- część weryfikacyjną.

Rozdział 6. Sposób percepcji zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej przez mieszkańców województwa śląskiego

Rozdział ten dotyczy diagnozy sposobu percepcji zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej przez mieszkańców województwa śląskiego. Zatem w ramach niniejszego rozdziału dokonano analizy i interpretacji materiału badawczego zebranego przede wszystkim przy pomocy autorskiego narzędzia- *Skala Percepcji Przekazów Kultury Masowej* oraz pomocniczo przy użyciu *Autorskiego Kwestionariusza Percepcji Przekazów Kultury Masowej*.

Analizując sposób percepcji zjawisk charakterystycznych dla kultury masowej oparto się o definicję R.J. Sternberga, który opisuje percepcję jako zespół procesów psychicznych, za pomocą których ludzie rozpoznają, organizują, syntezują i nadają znaczenie wrażeniom płynącym od bodźców z otoczenia⁴⁹⁰. Oznacza to, iż kiedy ludzie coś postrzegają

⁴⁹⁰ R. J. Sternberg, Psychologia poznawcza, wyd. WSiP, Warszawa 1999, s.128.

jednocześnie nadają zjawiskom określone znaczenia, czyli niejako je interpretują. Z kolei interpretacje te mogą mieć określone skutki dla ich życia, mogą bowiem bezpośrednio przekładać się na dokonywane wybory. Zatem w zakresie sposobu postrzegania zjawisk charakterystycznych dla kultury masowej a mających jednocześnie ścisły związek ze zdrowiem, istotna jest również świadomość.

Świadomość jest określana, jako zdolność do zdawania sobie sprawy z tego, co jest przedmiotem postrzegania. Dostrzeganie związku między świadomością człowieka, a jego zachowaniem pozwala wyjaśnić, przewidywać i kształtować zachowanie poprzez oddziaływanie na świadomość w kierunku uznanym za pożądany⁴⁹¹.

W niniejszym rozdziale przeanalizowano zatem sposób percepcji zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej zgodnie z przyjętą (autorską) klasyfikacją tych zjawisk (opisaną dokładnie w rozdziałach teoretycznych niniejszej dysertacji). W ramach sposobu percepcji tych zjawisk przez mieszkańców województwa śląskiego wzięto pod uwagę ich świadomość obecności owych zjawisk (i ich części składowych) w przekazach medialnych. Każdy kolejny podrozdział opisuje sposób postrzegania jednej grupy zjawisk (kult idealnego ciała; seksualizacja życia; prymat przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji; medykalizacja codziennego życia) i jednocześnie odpowiada na kolejne pytania badawcze typu diagnostycznego w zakresie sposobu percepcji tych zjawisk.

Jak wspomniano wyżej, głównym narzędziem służącym do badania sposobu percepcji zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej, była autorska skala, a jej dokładny opis znaleźć można w części metodologicznej niniejszej rozprawy. Warto jednak przypomnieć, że narzędzie to składa się z czterech podskal, a każda podskala odnosi się do jednej grupy zjawisk. Poszczególne podskale zostały skonstruowane w ten sposób, że im więcej punktów zdobędzie respondent (czyli, gdy w jak największej liczbie stwierdzeń zaznaczy punkt 3 odpowiadający opcji „zgadzam się”) tym większym poziomem percepcji/ w tym większym stopniu dostrzega obecność danego zjawiska w przekazach kultury masowej.

W pierwszej kolejności przeanalizowano grupę zjawisk składającą się na *kult idealnego ciała*.

⁴⁹¹ R. Gil, A. Dziedziczko, Pojęcie świadomości zdrowotnej, zdrowia i choroby, „Zdrowie Publiczne” 2004 114(2), s.250- 255

6.1. Sposób postrzegania kultu idealnego ciała przez mieszkańców województwa śląskiego

W części teoretycznej wykazano, iż obecnie posiadanie atrakcyjnego ciała jest częścią przekazu kulturowego. Jak wskazuje A. Brytek- Matera, media poza przekazem bezpośrednim skłaniają także odbiorców do kontroli własnego ciała poprzez dążenie do promowanego ideału⁴⁹². Zatem media oferują różnego rodzaju wskazówki jak osiągnąć upragniony wygląd, tymczasem wskazówki te najczęściej odbiegają od modelu zdrowego stylu życia. Świadomość obecności kultu idealnego ciała w przekazach medialnych może więc uchronić odbiorców przez stosowaniem takich wskazówek.

Podrozdział ten odpowiada na problem badawczy szczegółowy dotyczący sposobu percepcji kultu idealnego ciała w przekazach medialnych. W zakresie podskali odnoszącej się do kultu idealnego ciała, wyróżniono trzy stopnie/ poziomy percepcji owego zjawiska- adekwatne do zdobytej przez respondentów liczby punktów. W tabelach opisujących sposób percepcji zastosowano następujące określenia dla poszczególnych stopni/ poziomów percepcji (W- dla wysokiego poziomu; U- dla umiarkowanego/ średniego poziomu; N- dla niskiego poziomu).

Tabela 84. Kult idealnego ciała w percepcji respondentów

		N	U	W	Brak odp
Płeć	Kobieta	3,9%	45,9%	50,2%	0,0%
	Mężczyzna	8,5%	45,7%	45,7%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	3,2%	53,2%	43,5%	0,0%
	Średnie	6,2%	47,5%	46,3%	0,0%
	Wyższe	5,0%	35,0%	60,0%	0,0%
Wiek	18-35	5,0%	49,3%	45,7%	0,0%
	36-50	6,9%	37,9%	55,2%	0,0%
	51-65	6,7%	26,7%	66,7%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	5,8%	50,5%	43,8%	0,0%
	Średnie miasto	0,0%	90,9%	9,1%	0,0%
	Duże miasto	5,5%	37,0%	57,6%	0,0%
	Razem	5,5%	45,8%	48,7%	0,0%

⁴⁹² A. Brytek- Matera, Obraz ciała- obraz siebie... op. cit., s. 25.

		χ^2	p		
	Płeć	3,673	0,159		
	Wykształcenie	6,502	0,165		
	Wiek	5,866	0,209		
	Miejsce zamieszkania	16,580	0,002		

źródło: badania własne

Większość (48,7%) mieszkańców województwa śląskiego w dużym stopniu dostrzega obecność kultu idealnego ciała w przekazach medialnych. 45,8% dostrzega tę grupę zjawisk w stopniu umiarkowanym, a 5,5% - w stopniu niskim.

Kategoryzacja poziomu percepcji kultu idealnego ciała pod względem płci pokazuje, iż kobiety w porównaniu z mężczyznami w większym stopniu dostrzegają obecność tych zjawisk w przekazach medialnych.

Biorąc pod uwagę poziom wykształcenia zauważyć można, iż osoby z wyższym wykształceniem charakteryzują się najwyższym stopniem dostrzegania kultu idealnego ciała w przekazach medialnych.

Podział poziomu percepcji ze względu na wiek respondentów ukazuje, iż najwyższym stopniem percepcji kultu idealnego ciała w przekazach medialnych charakteryzują się osoby w wieku 51-65 lat, a najniższym osoby w wieku 18-35 lat.

Biorąc z kolei pod uwagę miejsce zamieszkania zauważyć można, że mieszkańcy dużych miast w największym stopniu dostrzegają kult idealnego ciała w przekazach medialnych.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego potwierdza występowanie zależności między stopniem percepcji kultu idealnego ciała w przekazach medialnych, a miejscem zamieszkania.

Zatem biorąc pod uwagę przeanalizowany powyżej rozkład częstości odpowiedzi można stwierdzić, iż ogólna świadomość mieszkańców województwa śląskiego, w zakresie promowania w przekazach medialnych bardzo szczupłej sylwetki, jako ideału kobiecego ciała jest wysoka. Poniższa tabela zawiera statystyki opisowe dotyczące wymiaru- kult idealnego ciała. Warto przeanalizować, czy potwierdzają one poziom percepcji tego zjawiska, zgodny z rozkładem częstości odpowiedzi.

Tabela 85. Statystyki opisowe dla podskali Kult idealnego ciała

Kult idealnego ciała									
Płeć	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
k	255	36,19	4,71	0,30	18,00	33,00	38,00	40,00	42,00
m	129	35,29	5,68	0,50	19,00	30,00	36,00	40,00	42,00
Wiek	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
18-35 lat	282	35,75	4,89	0,29	18,00	32,00	37,00	40,00	42,00
36-50 lat	87	36,15	5,61	0,60	18,00	33,00	38,00	40,00	42,00
51-65 lat	15	36,93	5,18	1,34	23,00	34,00	39,00	40,00	42,00
Wykształcenie	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
Podstawowe/zawodowe	62	35,31	5,28	0,67	22,00	30,00	36,00	40,00	42,00
Średnie	242	35,68	4,90	0,32	18,00	32,00	37,00	40,00	42,00
Wyższe	80	36,96	5,30	0,59	19,00	34,00	39,00	41,00	42,00
Miejsce zamieszkania	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
Wieś/ małe miasto	208	35,52	5,12	0,36	18,00	31,00	36,00	40,00	42,00
Średnie miasto	11	32,00	3,85	1,16	28,00	29,00	30,00	36,00	40,00
Duże miasto	165	36,61	4,92	0,38	19,00	34,00	38,00	40,00	42,00
Ogółem	384	35,89	5,07	0,26	18,00	32,50	37,00	40,00	42,00

źródło: badania własne

Statystyki opisowe ogółem potwierdzają, iż mieszkańcy województwa śląskiego dostrzegają kult idealnego ciała w przekazach medialnych, w stopniu wysokim. Średnia wynosi bowiem prawie 36 punktów, zaś mediana 37 punktów. W wypadku kobiety zarówno średnia, jak i mediana są wyższe niż w wypadku mężczyzny, co może świadczyć o wyższej świadomości kobiet w zakresie kultu idealnego ciała. Biorąc pod uwagę wiek respondentów, najwyższa średnia oraz mediana dotyczy osób w wieku 51-65 lat. Z kolei kategoria wykształcenia ukazuje najwyższy poziom percepcji osób z wykształceniem wyższym- świadczy o tym najwyższa wartość średniej oraz mediany. Zaś biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania- najwyższe wyniki uzyskali mieszkańcy dużych miast. Zatem statystyki opisowe podskali kult idealnego ciała są zbieżne z rozkładem częstości odpowiedzi dotyczącym owego wymiaru. Natomiast przeprowadzony test Kruskala Wallisa potwierdza, iż wykształcenie i miejsce zamieszkania różnicują poziom percepcji kultu idealnego ciała. Warto wziąć pod uwagę te dane bowiem test Kruskala Wallisa jest mocniejszym testem w porównaniu z chi- kwadrat (potwierdzającym występowanie zależności wyłącznie w zakresie miejsca zamieszkania).

Kolejne tabela zawierają analizę pytań z autorskiego kwestionariusza i ściśle dotyczą kwestii związanych z kultem idealnego ciała w opinii respondentów. Jest to kwestia istotna bowiem, A. Brytek- Matera stwierdza, iż obecnie w przekazach medialnych dokonuje się

swoista *indoktrynacja* dotycząca posiadania szczupłej sylwetki⁴⁹³. Poniższa tabela przedstawia rozkład częstości wskazań poszczególnych wizerunków kobiecego ciała, jako ideałów kobiecego ciała przedstawianych w mediach (*rysunek nr 1- kobieta bardzo szczupła, rysunek nr 2- kobieta o normalnych kształtach; rysunek nr 3- kobieta z nadwagą*).

Tabela 86. Ideal kobiecego ciała promowany w mediach w opinii badanych

		1	2	3	Brak odp
Płeć	Kobieta	80,0%	20,0%	0,0%	0,0%
	Mężczyzna	80,6%	18,6%	0,8%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	80,6%	17,7%	1,6%	0,0%
	Średnie	78,1%	21,9%	0,0%	0,0%
	Wyższe	86,3%	13,8%	0,0%	0,0%
Wiek	18-35	79,8%	20,2%	0,0%	0,0%
	36-50	80,5%	18,4%	1,1%	0,0%
	51-65	86,7%	13,3%	0,0%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	76,9%	23,1%	0,0%	0,0%
	Średnie miasto	90,9%	9,1%	0,0%	0,0%
	Duże miasto	83,6%	15,8%	0,6%	0,0%
	Razem	80,2%	19,5%	0,3%	0,0%
		χ^2	p		
	Płeć	2,066	0,356		
	Wykształcenie	7,860	0,097		
	Wiek	3,919	0,417		
	Miejsce zamieszkania	5,162	0,271		

źródło: badania własne

Zdecydowana większość mieszkańców województwa śląskiego (80,2%) stwierdza, iż obecnie w mediach promowanym ideałem kobiecego ciała jest bardzo szczupła sylwetka, ponad 19% za taki medialny ideał uznaje kobietę o normalnych kształtach.

Różnicując odpowiedzi z uwzględnieniem płci respondentów nie dostrzega się żadnych znaczących różnic w udzielanych wskazaniach- zarówno kobiety jak i mężczyźni uznali za medialnych ideał kobiecego ciała sylwetkę bardzo szczupłą.

Kategoryzacja ze względu na poziom wykształcenia również nie wskazuje na różnice znacznie odbiegające od ogólnych wskazań, jedynie osoby z wykształceniem wyższym nieco częściej wskazywały sylwetkę bardzo szczupłą jako medialny ideał kobiecego ciała, w porównaniu z pozostałymi grupami w ramach kategorii wykształcenia.

⁴⁹³ A. Brytek- Matera, *Obraz ciała- obraz siebie...* op. cit., s. 24.

Podobnie rzecz się ma z kategoryzacją odpowiedzi pod względem wieku respondentów, żadne zasadnicze różnice nie występują. Jednak dostrzec można, iż osoby w przedziale wiekowym 51-65 lat najczęściej wybierały rysunek nr 1 jako ideał kobiecego ciała prezentowany w mediach.

Uwzględniając miejsce zamieszkania respondentów zauważyć można, że świadomość w zakresie promowania bardzo szczupłej sylwetki jako ideału kobiecego ciała w przekazach medialnych, jest największa wśród mieszkańców średnich miast, a najmniejsza wśród mieszkańców wsi i małych miast.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego potwierdza jedynie występowanie tendencji do różnic wśród odpowiedzi w kategorii wykształcenie ($p=0,097$; $p>0,05<0,1$). Zależność w odniesieniu do żadnej zmiennej pośredniczącej- nie występuje.

Opinia mieszkańców województwa śląskiego potwierdza obecność wzorca szczupłej sylwetki we współczesnej kulturze masowej.

Tabela 87. Ideał męskiego ciała promowany w mediach w opinii respondentów

		1	2	3	Brak odp
Płeć	Kobieta	1,2%	98,4%	0,4%	0,0%
	Mężczyzna	0,8%	98,4%	0,8%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%
	Średnie	1,2%	97,9%	0,8%	0,0%
	Wyższe	1,3%	98,8%	0,0%	0,0%
Wiek	18-35	1,4%	97,9%	0,7%	0,0%
	36-50	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%
	51-65	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	1,4%	98,1%	0,5%	0,0%
	Średnie miasto	0,0%	100%	0,0%	0,0%
	Duże miasto	0,6%	98,8%	0,6%	0,0%
	Razem	1,0%	98,4%	0,5%	0,0%
		χ^2	p		
	Płeć	0,374	0,830		
	Wykształcenie	1,966	0,742		
	Wiek	2,205	0,698		
	Miejsce zamieszkania	0,830	0,934		

źródło: badania własne

Odnosząc się do ideału męskiego ciała promowanego przez przekazy medialne respondenci również mieli za zadanie dokonać wyboru jednej z trzech męskich sylwetek (rysunek nr 1- mężczyzna bardzo szczupły, rysunek nr 2- mężczyzna dobrze zbudowany;

rysunek nr 3- mężczyzna o normalnych kształtach). Analizując rozkład odpowiedzi zauważyć można, że aż 98,4% mieszkańców województwa śląskiego ogółem, za taki ideał uznaje sylwetkę wysportowaną/ dobrze wyrzeźbioną/ umięśnioną. Jest to zgodne z tezą A. Brytek-Matery, iż w przypadku mężczyzn kulturalne wzorce dotyczące idealnej sylwetki opierają się na muskulaturze⁴⁹⁴.

Kategoryzacja odpowiedzi według poszczególnych zmiennych pośredniczących nie pozostawia wątpliwości- mieszkańcy województwa śląskiego w zdecydowanej większości charakteryzują się wysoką świadomością w zakresie promowanego przez media ideału męskiego ciała.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego nie wskazuje na występowanie zależności w odniesieniu do poszczególnych kategorii.

Dostrzeganie specyfiki promowanych przez media ideałów ciała to jedna sprawa, ale niezwykle istotna jest również świadomość nienaturalności prezentowanych wizerunków, bowiem odbiorca o wysokim poziomie świadomości w zakresie zjawiska kultu idealnego ciała w przekazach mediach wie, iż promowane w mediach wizerunki nie mają za grosz naturalności, są bowiem skrzętnie poddane obróbce graficznej, zatem nie mają nic wspólnego z realnym wyglądem.

Tabela 88. Opinia badanych na temat naturalności wizerunków postaci przedstawianych w mediach

		Tak	Nie	Nie wiem	Brak odp
Płeć	Kobieta	20,4%	57,3%	22,4%	0,0%
	Mężczyzna	15,5%	56,6%	27,1%	0,8%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	22,6%	46,8%	30,6%	0,0%
	Średnie	18,2%	58,3%	23,1%	0,4%
	Wyższe	17,5%	61,3%	21,3%	0,0%
Wiek	18-35	19,9%	56,7%	23,0%	0,4%
	36-50	16,1%	58,6%	25,3%	0,0%
	51-65	13,3%	53,3%	33,3%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	23,6%	55,3%	21,2%	0,0%
	Średnie miasto	0,0%	63,6%	36,4%	0,0%
	Duże miasto	13,9%	58,8%	26,7%	0,6%
	Razem	18,8%	57,0%	24,0%	0,3%
		χ^2	p		
	Płeć	1,915	0,384		

⁴⁹⁴ A. Brytek- Matora, *Obraz ciała- obraz siebie...* op. cit, s. 24.

	Wykształcenie	3,511	0,476		
	Wiek	1,534	0,821		
	Miejsce zamieszkania	8,831	0,065		

źródło: badania własne

Większość (57%) mieszkańców województwa śląskiego ma świadomość, że wizerunki prezentowane w przekazach medialnych najczęściej nie są naturalne. 24% badanych nie wie, czy takie wizerunki wyglądają naturalnie, a prawie 19% jest przekonanych o ich naturalności.

Większy odsetek kobiet w porównaniu z mężczyznami stwierdza, że postaci prezentowane w mediach są naturalne. Zatem mężczyźni mają w tym zakresie nieco większą świadomość i refleksyjność.

Najniższą świadomością w zakresie nienaturalności postaci prezentowanych za pośrednictwem mediów, mają osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym, a najwyższą- z wykształceniem średnim.

Biorąc pod uwagę kryterium wieku- w przedziale 18-35 lat największy odsetek jest przekonany o naturalnym wyglądzie postaci przedstawianych w mediach, a największy odsetek osób przekonanych o nienaturalności takich postaci występuje w przedziale wiekowym 36-51 lat.

Z kolei kategoryzacja ze względu na miejsce zamieszkania pokazuje, iż mieszkańcy wsi i małych miast w największym procencie są przekonaniu, iż wizerunek kobiet i mężczyzn w mediach jest naturalny. osoby te mają zatem najniższą świadomość w tym zakresie.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego wskazuje na tendencję do różnicowania odpowiedzi w odniesieniu do kategorii miejsca zamieszkania.

Tabela 89. Opinia badanych na temat wpływu wizerunków przedstawianych w mediach na sposób postrzegania własnego ciała przez odbiorców

		TAK	NIE	Brak odp
Płeć	Kobieta	79,2%	20,8%	0,0%
	Mężczyzna	79,8%	20,2%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	79,0%	21,0%	0,0%
	Średnie	78,5%	21,5%	0,0%
	Wyższe	82,5%	17,5%	0,0%
Wiek	18-35	80,5%	19,5%	0,0%
	36-50	75,9%	24,1%	0,0%
	51-65	80,0%	20,0%	0,0%

Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	77,9%	22,1%	0,0%
	Średnie miasto	81,8%	18,2%	0,0%
	Duże miasto	81,2%	18,8%	0,0%
	Razem	79,4%	20,6%	0,0%
		χ^2	p	
	Płeć	0,021	0,885	
	Wykształcenie	0,592	0,744	
	Wiek	0,877	0,645	
	Miejsce zamieszkania	0,663	0,718	

źródło: badania własne

Badania L. Groesz potwierdzają, iż medialne wzorce szczupłości, bezpośrednio po ich ekspozycji, powodują u odbiorców stres oraz rygorystyczną ocenę własnej sylwetki⁴⁹⁵. Zaś badania W.D. Hoyt i L.R. Kogan ukazują, że kobiety po ekspozycji atrakcyjnych sylwetek modelek deklarują odczucia takie jak poczucie winy i przygnębienia⁴⁹⁶. Zatem wzorce lansowane w mediach wywierają zarówno bezpośrednie, jak i dalekosiężne skutki na odbiorców. W opinii większości (79,4%) mieszkańców województwa śląskiego, prezentowanie w przekazach medialnych wyidealizowanych wizerunków może mieć niekorzystny wpływ na sposób postrzegania własnego ciała.

Rozkład częstości odpowiedzi badanych mieszkańców województwa śląskiego z uwzględnieniem kryterium płci ukazuje, iż świadomość w tym zakresie jest wysoka zarówno wśród kobiet, jak i wśród mężczyzn.

Podobnie rzecz się ma analizując opinie w oparciu o kryterium wykształcenia-świadomość jest wysoka na wszystkich poziomach wykształcenia (nieco wyższa wśród osób z wykształceniem wyższym).

Biorąc pod uwagę wiek respondentów- tutaj również nie zauważa się znaczących różnic w opiniach, za wyjątkiem nieco niższej świadomości wpływu nienaturalnych wizerunków prezentowanych w mediach na postrzeganie własnego ciała przez odbiorców, wśród osób w przedziale wiekowym 36-50 lat.

Z kolei kategoryzacja z uwzględnieniem miejsce zamieszkania wskazuje na niższą świadomość osób mieszkających na wsiach i w małych miastach, jednak i tak świadomość ta jest wysoka.

⁴⁹⁵ L. Groesz, M. Levine, S. Murnen, The Effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: a meta- analytic review, „International Journal of Eating Disorders, 2002 31(1), s. 1-16.

⁴⁹⁶ W.D. Hoyt, L.R. Kogan, Satisfaction with body image and peer realtionships for males and females in a college environment „Sex Roles”, 2001 45(314), 199-215.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego nie wskazuje na występowanie zależności w odniesieniu do żadnej zmiennej pośredniczącej.

Tabela 90. Opinia badanych na temat promowania przez media zdrowego żywienia

		Tak	Nie	Brak odp
Płeć	Kobieta	54,1%	45,9%	0,0%
	Mężczyzna	55,8%	44,2%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	50,0%	50,0%	0,0%
	Średnie	55,4%	44,6%	0,0%
	Wyższe	56,3%	43,8%	0,0%
Wiek	18-35	56,7%	43,3%	0,0%
	36-50	46,0%	54,0%	0,0%
	51-65	66,7%	33,3%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	59,1%	40,9%	0,0%
	Średnie miasto	27,3%	72,7%	0,0%
	Duże miasto	50,9%	49,1%	0,0%
	Razem	54,7%	45,3%	0,0%
		χ^2	p	
	Płeć	0,099	0,752	
	Wykształcenie	0,674	0,714	
	Wiek	4,011	0,135	
	Miejsce zamieszkania	5,947	0,051	

źródło: badania własne

Jak wskazano w rozważaniach teoretycznych niniejszej dysertacji, kult idealnego ciała w przekazach medialnych jest ściśle powiązany z dyskursem diety i aktywności fizycznej obecnym w tych przekazach. Otóż w mediach promuje się określone sposoby zdobywania upragnionego wyglądu, bazując na swoistej presji i poczuciu winy odbiorców, przez co motywatorem działań w zakresie diety i sportu nie staje się chęć utrzymania i potęgowania zdrowia, lecz dążenia do osiągnięcia medialnego ideału. Z. Bauman stwierdza, iż współczesna obsesja na punkcie zdrowego jedzenia jest nową wersją konfliktu między wolnością a bezpieczeństwem i wiąże się z podniesieniem ciała do rangi głównego wyznacznika wartości towarów konsumpcyjnych⁴⁹⁷.

Tymczasem prawie 55% mieszkańców województwa śląskiego stwierdza, że współcześnie media promują zdrowe odżywianie, a ponad 45% twierdzi, iż takie działania nie

⁴⁹⁷ Z. Baumann, Płynne życie, wyd. Literackie, Kraków 2007, s. 154.

mają miejsca. Kategoryzacja odpowiedzi ze względu na płeć nie wskazuje na znaczące różnice w odpowiedziach kobiet i mężczyzn.

Biorąc zaś pod uwagę poziom wykształcenia, zauważyć można, iż osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym częściej niż pozostali wskazują na brak obecności treści zachęcających do zdrowego odżywiania, w przekazach medialnych.

Zgodnie z kryterium wieku z kolei widać większy udział procentowy osób w przedziale wiekowym 36-50 lat w udzielaniu odpowiedzi „nie” w pytaniu o promowanie zdrowego żywienia w mediach.

Kategoryzacja odpowiedzi ze względu na miejsce zamieszkania wskazuje na to, że mieszkańcy średnich miast najczęściej wskazują na brak obecności przekazów zachęcających do zdrowego odżywiania w mediach.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego nie potwierdza występowania zależności między poszczególnymi zmiennymi pośredniczącymi, jedynie w zakresie miejsca zamieszkania wskazuje na tendencję do różnic w udzielanych odpowiedziach.

Tabela 91. Opinia badanych na temat promowania przez media aktywności fizycznej

		Tak	Nie	Brak odp
Płeć	Kobieta	53,3%	46,7%	0,0%
	Mężczyzna	51,2%	48,8%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	50,0%	50,0%	0,0%
	Średnie	53,3%	46,7%	0,0%
	Wyższe	52,5%	47,5%	0,0%
Wiek	18-35	55,3%	44,7%	0,0%
	36-50	43,7%	56,3%	0,0%
	51-65	53,3%	46,7%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	54,8%	45,2%	0,0%
	Średnie miasto	45,5%	54,5%	0,0%
	Duże miasto	50,3%	49,7%	0,0%
	Razem	52,6%	47,4%	0,0%
		χ^2	p	
	Płeć	0,162	0,687	
	Wykształcenie	0,217	0,897	
	Wiek	3,617	0,164	
	Miejsce zamieszkania	0,981	0,612	

źródło: badania własne

Z. Baumann stwierdza, iż współczesna kultura kusi ideałem sprawności fizycznej, który z kolei jest traktowany synonimicznie z ideałem zdrowia. Jednak, jak podaje autor, zamienne traktowanie obu pojęć stanowi poważny błąd, gdyż „*nie każdy sposób dbania o sprawne ciało wychodzi nam na zdrowie (...) zdrowie i sprawność fizyczna należą do dwóch odrębnych dyskursów*”⁴⁹⁸. Analizując zatem kwestię promowania w mediach aktywności fizycznej dostrzec można, iż nieznaczna większość (52,6%) mieszkańców województwa śląskiego nie dostrzega we współczesnych mediach przekazów zachęcających do uprawiania aktywności fizycznej. Z kolei ponad 47% dostrzega takie przekazy.

Nieco większy odsetek kobiet (w porównaniu z mężczyznami) zauważa promowanie w mediach aktywności fizycznej. Z kolei biorąc pod uwagę poziom wykształcenia- osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym w równym odsetku (po 50%) twierdzą zarówno, iż takie przekazy pojawiają się w mediach, jak i wskazują na brak takich przekazów. Osoby te stanowią zarazem grupę w ramach kategorii wykształcenia, która najczęściej wskazuje na brak obecności przekazów promujących aktywność fizyczną w mediach.

Rozkład częstości odpowiedzi według kategorii wieku wskazuje na to, że osoby w przedziale wiekowym 36-50 lat najczęściej wskazują na brak obecności przekazów zachęcających do aktywności fizycznej w mediach. Tymczasem osoby w wieku 18-35 lat stanowią grupę najczęściej dostrzegającą owe przekazy.

Różnicują odpowiedzi względem miejsca zamieszkania dostrzec można największy udział procentowy mieszkańców wsi i małych miast we wskazywaniu na promowanie aktywności fizycznej we współczesnych mediach.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego wskazuje na brak zależności między udzielanymi odpowiedziami a poszczególnymi kategoriami ($p > 0,05$).

Kult idealnego ciała obecny w przekazach medialnych charakteryzuje się również specyficznym sposobem przedstawiania osób z nadwagą- skrajnie antagonistycznym do sposobu przedstawiania osób szczupłych (jak wykazano w rozdziale teoretycznym). Osoby z nadwagą są przedstawiane w sposób pejoratywny i to nie tylko pod kątem ryzyka pojawienia się problemów zdrowotnych. Nadwaga jest łączona z brakiem kontroli nad własnym ciałem i życiem, a co za tym idzie utożsamia się ją z całkowitą życiową porażką. Zaś osobom szczupłym oprócz atrakcyjnego wyglądu, przypisuje się pozytywne cechy charakteru, a ich życie osobiste, zawodowe ukazuje się jako pasmo sukcesów.

⁴⁹⁸ Z. Baumann, *Płynna nowoczesność...* op. cit., s. 119.

Kolejne tabele zawierają rozkład częstości odpowiedzi właśnie na pytania związane ze sposobem przedstawiania osób z nadwagą oraz szczupłych we współczesnych mass mediach.

A. Brytek- Matera pisze, iż obecnie występuje społeczny nacisk na posiadanie szczupłej sylwetki, ponieważ przekazy medialne oprócz ekspozycji takich właśnie wzorców, utrwala i przekazują stereotyp jakoby szczupła sylwetka miała zapewnić powodzenie, społeczną aprobatę i przyczynić się do osiągnięcia sukcesów⁴⁹⁹.

Tabela 92. Opinia badanych na temat sposobu przedstawiania przez media osób szczupłych- (możliwy wybór maksymalnie dwóch stwierdzeń)- płeć

Jako szczęśliwe		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Płeć	Kobieta	96,5%	3,5%	0,0%
	Mężczyzna	95,3%	4,7%	0,0%
	Razem	96,1%	3,9%	0,0%
Jako nieszczęśliwe		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Płeć	Kobieta	52,2%	47,8%	0,0%
	Mężczyzna	51,9%	48,1%	0,0%
	Razem	52,1%	47,9%	0,0%
Jako mające problemy zdrowotne		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Płeć	Kobieta	34,1%	65,9%	0,0%
	Mężczyzna	36,4%	63,6%	0,0%
	Razem	34,9%	65,1%	0,0%
Jako zdrowe		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Płeć	Kobieta	96,5%	3,5%	0,0%
	Mężczyzna	96,1%	3,9%	0,0%
	Razem	96,4%	3,6%	0,0%
Jako odnoszące sukcesy		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Płeć	Kobieta	64,3%	35,7%	0,0%
	Mężczyzna	62,8%	37,2%	0,0%
	Razem	63,8%	36,2%	0,0%

źródło: badania własne

Z uwzględnieniem kategorii płci dwa najczęściej pojawiające się wskazania w tych grupach oraz ogółem to przedstawianie osób szczupłych jako szczęśliwych oraz całkowicie zdrowych. Wskazanie te dotyczą ponad 90% respondentów.

⁴⁹⁹ A. Brytek- Matera, *Obraz ciała- obraz siebie...* op. cit., s. 70-71.

Tabela 93. Opinia badanych na temat sposobu przedstawiania przez media osób szczupłych- (możliwy wybór maksymalnie dwóch stwierdzeń)- wykształcenie

Jako szczęśliwe		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	95,2%	4,8%	0,0%
	Średnie	96,7%	3,3%	0,0%
	Wyższe	95,0%	5,0%	0,0%
	Razem	96,1%	3,9%	0,0%
Jako nieszczęśliwe		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	61,3%	38,7%	0,0%
	Średnie	51,2%	48,8%	0,0%
	Wyższe	47,5%	52,5%	0,0%
	Razem	52,1%	47,9%	0,0%
Jako mające problemy zdrowotne		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	33,9%	66,1%	0,0%
	Średnie	32,2%	67,8%	0,0%
	Wyższe	43,8%	56,3%	0,0%
	Razem	34,9%	65,1%	0,0%
Jako zdrowe		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	93,5%	6,5%	0,0%
	Średnie	97,9%	2,1%	0,0%
	Wyższe	93,8%	6,3%	0,0%
	Razem	96,4%	3,6%	0,0%
Jako odnoszące sukcesy		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	61,3%	38,7%	0,0%
	Średnie	65,7%	34,3%	0,0%
	Wyższe	60,0%	40,0%	0,0%
	Razem	63,8%	36,2%	0,0%

źródło: badania własne

Kategoryzacja odpowiedzi z uwzględnieniem poziomu wykształcenia wskazuje, iż w ramach tej kategorii również najczęściej respondenci dostrzegają w przekazach medialnych utożsamianie szczupłej sylwetki ze szczęściem oraz zdrowiem. W tym wypadku również wskazania te dotyczą ponad 90% respondentów na poszczególnych poziomach wykształcenia.

Tabela 94. Opinia badanych na temat sposobu przedstawiania przez media osób szczupłych- (możliwy wybór maksymalnie dwóch stwierdzeń)- wiek

Jako szczęśliwe		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wiek	18-35	96,5%	3,5%	0,0%
	36-50	95,4%	4,6%	0,0%
	51-65	93,3%	6,7%	0,0%
	Razem	96,1%	3,9%	0,0%
Jako nieszczęśliwe		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wiek	18-35	50,7%	49,3%	0,0%
	36-50	58,6%	41,4%	0,0%
	51-65	40,0%	60,0%	0,0%
	Razem	52,1%	47,9%	0,0%
Jako mające problemy zdrowotne		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wiek	18-35	33,0%	67,0%	0,0%
	36-50	37,9%	62,1%	0,0%
	51-65	53,3%	46,7%	0,0%
	Razem	34,9%	65,1%	0,0%
Jako zdrowe		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wiek	18-35	97,5%	2,5%	0,0%
	36-50	94,3%	5,7%	0,0%
	51-65	86,7%	13,3%	0,0%
	Razem	96,4%	3,6%	0,0%
Jako odnoszące sukcesy		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wiek	18-35	64,9%	35,1%	0,0%
	36-50	59,8%	40,2%	0,0%
	51-65	66,7%	33,3%	0,0%
	Razem	63,8%	36,2%	0,0%

źródło: badania własne

Różnicując odpowiedzi ze względu wiek mieszkańców województwa śląskiego, podobnie jak w pozostałych kategoriach najczęściej respondenci wskazują, iż w przekazach medialnych osoby szczupłe są przedstawiane jako szczęśliwe i całkowicie zdrowe. Wskazania te dotyczą ponad 90% respondentów, wyjątkiem jest tutaj przedział wiekowy 51-65 lat, gdzie respondenci w ponad 80% wybrali odpowiedź, że osoby szczupłe są przedstawiane w mediach jako całkowicie zdrowe.

Tabela 95. Opinia badanych na temat sposobu przedstawiania przez media osób szczupłych- (możliwy wybór maksymalnie dwóch stwierdzeń)- miejsce zamieszkania

Jako szczęśliwe		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	95,7%	4,3%	0,0%
	Średnie miasto	100,0%	0,0%	0,0%
	Duże miasto	96,4%	3,6%	0,0%
	Razem	96,1%	3,9%	0,0%
Jako nieszczęśliwe		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	55,8%	44,2%	0,0%
	Średnie miasto	45,5%	54,5%	0,0%
	Duże miasto	47,9%	52,1%	0,0%
	Razem	52,1%	47,9%	0,0%
Jako mające problemy zdrowotne		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	33,7%	66,3%	0,0%
	Średnie miasto	54,5%	45,5%	0,0%
	Duże miasto	35,2%	64,8%	0,0%
	Razem	34,9%	65,1%	0,0%
Jako zdrowe		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	95,7%	4,3%	0,0%
	Średnie miasto	100,0%	0,0%	0,0%
	Duże miasto	97,0%	3,0%	0,0%
	Razem	96,4%	3,6%	0,0%
Jako odnoszące sukcesy		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	63,9%	36,1%	0,0%
	Średnie miasto	45,5%	54,5%	0,0%
	Duże miasto	64,8%	35,2%	0,0%
	Razem	63,8%	36,2%	0,0%

źródło: badania własne

Podobnie jak w ramach pozostałych kategorii, w wypadku kryterium miejsca zamieszkania również respondenci najczęściej wskazują na przedstawianie osób szczupłych w przekazach medialnych, jako szczęśliwych i całkowicie zdrowych. Tutaj wskazania te dotyczą bez wyjątku ponad 90% respondentów.

Tabela 96. Opinia badanych na temat sposobu przedstawiania przez media osób z nadwagą (możliwy wybór maksymalnie dwóch stwierdzeń)- płeć

Jako szczęśliwe		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Płeć	Kobieta	18,0%	82,0%	0,0%
	Mężczyzna	20,9%	79,1%	0,0%
	Razem	19,0%	81,0%	0,0%
Jako nieszczęśliwe		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Płeć	Kobieta	98,0%	2,0%	0,0%
	Mężczyzna	96,9%	3,1%	0,0%
	Razem	97,7%	2,3%	0,0%
Jako mające problemy zdrowotne		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Płeć	Kobieta	98,0%	2,0%	0,0%
	Mężczyzna	96,1%	3,9%	0,0%
	Razem	97,4%	2,6%	0,0%
Jako zdrowe		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Płeć	Kobieta	54,9%	45,1%	0,0%
	Mężczyzna	48,8%	51,2%	0,0%
	Razem	52,9%	47,1%	0,0%
Jako smutne		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Płeć	Kobieta	67,1%	32,9%	0,0%
	Mężczyzna	72,9%	27,1%	0,0%
	Razem	69,0%	31,0%	0,0%

źródło: badania własne

Mieszkańcy województwa śląskiego w większości wskazują, iż w przekazach medialnych osoby z nadwagą są przedstawiane jako smutne i przygnębione oraz mające problemy ze zdrowiem. Takie wskazania dotyczą ponad 90% respondentów ogółem jak i z uwzględnieniem kategorii płci.

Tabela 97 .Opinia badanych na temat sposobu przedstawiania przez media osób z nadwagą (możliwy wybór maksymalnie dwóch stwierdzeń)- wykształcenie

Jako szczęśliwe		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	19,4%	80,6%	0,0%
	Średnie	18,6%	81,4%	0,0%
	Wyższe	20,0%	80,0%	0,0%
	Razem	19,0%	81,0%	0,0%

Jako nieszczęśliwe		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	98,4%	1,6%	0,0%
	Średnie	97,5%	2,5%	0,0%
	Wyższe	97,5%	2,5%	0,0%
	Razem	97,7%	2,3%	0,0%
Jako mające problemy zdrowotne		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	95,2%	4,8%	0,0%
	Średnie	98,8%	1,2%	0,0%
	Wyższe	95,0%	5,0%	0,0%
	Razem	97,4%	2,6%	0,0%
Jako zdrowe		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	51,6%	48,4%	0,0%
	Średnie	53,7%	46,3%	0,0%
	Wyższe	51,3%	48,8%	0,0%
	Razem	52,9%	47,1%	0,0%
Jako smutne		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	72,6%	27,4%	0,0%
	Średnie	68,2%	31,8%	0,0%
	Wyższe	68,8%	31,3%	0,0%
	Razem	69,0%	31,0%	0,0%

źródło: badania własne

Różnicując odpowiedzi z uwzględnieniem poziomu wykształcenia respondentów zauważyć można, że w tym wypadku również najczęściej wskazywane na wszystkich poziomach wykształcenia są odpowiedzi „smutne, przygnębione” oraz „mające problemy zdrowotne”. Te wskazania dotyczą także ponad 90% respondentów reprezentujących poszczególne poziomy wykształcenia.

Tabela 98. Opinia badanych na temat sposobu przedstawiania przez media osób z nadwagą (możliwy wybór maksymalnie dwóch stwierdzeń)- wiek

Jako szczęśliwe		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wiek	18-35	17,0%	83,0%	0,0%
	36-50	26,4%	73,6%	0,0%
	51-65	13,3%	86,7%	0,0%
	Razem	19,0%	81,0%	0,0%
Jako nieszczęśliwe		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp

Wiek	18-35	98,2%	1,8%	0,0%
	36-50	96,6%	3,4%	0,0%
	51-65	93,3%	6,7%	0,0%
	Razem	97,7%	2,3%	0,0%
Jako mające problemy zdrowotne		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wiek	18-35	98,9%	1,1%	0,0%
	36-50	93,1%	6,9%	0,0%
	51-65	93,3%	6,7%	0,0%
	Razem	97,4%	2,6%	0,0%
Jako zdrowe		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wiek	18-35	51,4%	48,6%	0,0%
	36-50	54,0%	46,0%	0,0%
	51-65	73,3%	26,7%	0,0%
	Razem	52,9%	47,1%	0,0%
Jako smutne		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Wiek	18-35	70,9%	29,1%	0,0%
	36-50	65,5%	34,5%	0,0%
	51-65	53,3%	46,7%	0,0%
	Razem	69,0%	31,0%	0,0%

źródło: badania własne

W poszczególnych przedziałach wiekowym respondenci również deklarują, że osoby z nadwagą w mediach są najczęściej przedstawiane jako smutne i przygnębione oraz mające problemy zdrowotne. Podobnie jak w pozostałych kategoriach wskazania te dotyczą ponad 90% respondentów.

Tabela 99. Opinia badanych na temat sposobu przedstawiania przez media osób z nadwagą (możliwy wybór maksymalnie dwóch stwierdzeń)- miejsce zamieszkania

Jako szczęśliwe		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	17,8%	82,2%	0,0%
	Średnie miasto	9,1%	90,9%	0,0%
	Duże miasto	21,2%	78,8%	0,0%
	Razem	19,0%	81,0%	0,0%
Jako nieszczęśliwe		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	97,6%	2,4%	0,0%
	Średnie miasto	100,0%	0,0%	0,0%
	Duże miasto	97,6%	2,4%	0,0%
	Razem	97,7%	2,3%	0,0%
Jako mające problemy zdrowotne		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp

Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	96,6%	3,4%	0,0%
	Średnie miasto	100,0%	0,0%	0,0%
	Duże miasto	98,2%	1,8%	0,0%
	Razem	97,4%	2,6%	0,0%
Jako zdrowe		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	53,8%	46,2%	0,0%
	Średnie miasto	72,7%	27,3%	0,0%
	Duże miasto	50,3%	49,7%	0,0%
	Razem	52,9%	47,1%	0,0%
Jako smutne		Wybrano	Nie wybrano	Brak odp
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	71,6%	28,4%	0,0%
	Średnie miasto	45,5%	54,5%	0,0%
	Duże miasto	67,3%	32,7%	0,0%
	Razem	69,0%	31,0%	0,0%

źródło: badania własne

Różnicując odpowiedzi ze względu na miejsce zamieszkania również zauważyć można, iż respondenci w ramach poszczególnych kategorii miejsca zamieszkania najczęściej wskazują, że osoby z nadwagą w mediach są przedstawiane jako smutne i przygnębione oraz mające problemy ze zdrowiem. Te wskazania dotyczą ponad 90% respondentów zamieszkujących wieś lub małe miasta oraz duże miasta i 100% mieszkańców miast średnich.

Tabela 100. Opinia badanych na temat utożsamiania atrakcyjnego wyglądu w przekazach medialnych z prowadzeniem szczęśliwego życia

		Tak	Nie	Brak odp
Płeć	Kobieta	71,0%	29,0%	0,0%
	Mężczyzna	63,6%	36,4%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	59,7%	40,3%	0,0%
	Średnie	74,0%	26,0%	0,0%
	Wyższe	58,8%	41,3%	0,0%
Wiek	18-35	69,5%	30,5%	0,0%
	36-50	64,4%	35,6%	0,0%
	51-65	73,3%	26,7%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	69,7%	30,3%	0,0%
	Średnie miasto	54,5%	45,5%	0,0%
	Duże miasto	67,9%	32,1%	0,0%
	Razem	68,5%	31,5%	0,0%

		χ^2	p	
	Płeć	2,182	0,140	
	Wykształcenie	9,111	0,011	
	Wiek	0,982	0,612	
	Miejsce zamieszkania	1,163	0,559	

źródło: badania własne

Większość mieszkańców województwa śląskiego (68,5%) zgadza się ze stwierdzeniem, iż w przekazach medialnych atrakcyjny wygląd jest utożsamiany z prowadzeniem szczęśliwego życia.

Tendencję tę zauważa większy odsetek kobiet w porównaniu z mężczyznami (71% kobiet i ponad 63% mężczyzn).

Tymczasem biorąc pod uwagę poziom wykształcenia respondentów- tendencję do utożsamiania atrakcyjnego wyglądu w przekazach medialnych ze szczęściem i powodzeniem w życiu najrzadziej dostrzegają osoby z wykształceniem wyższym. Być może osoby te są świadome, że to nie wygląd decyduje o sukcesie, a raczej takie czynniki jak właśnie wykształcenie, zatem świadomość ta może przekładać się na ich percepcję przekazów medialnych, przez co nie dostrzegają tej zakłamującej rzeczywistość tendencji.

Różnicując odpowiedzi ze względu na wiek respondentów zauważyć można, iż największy odsetek osób w wieku 51-65 lat dostrzega ową niebezpieczną tendencję w przekazach medialnych. Zaś według kategorii miejsca zamieszkania- mieszkańcy wsi i małych miast częściej dostrzegają, że przekazy medialne utożsamiają atrakcyjny wygląd ze szczęściem i sukcesem w życiu.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego potwierdza występowanie zależności w odniesieniu do kategorii wykształcenia ($p < 0,05$).

Kolejną przeanalizowaną kwestią jest sposób przedstawiania ciała kobiet i mężczyzn w przekazach medialnych. Pytanie odnoszące się do tej kwestii miało charakter otwarty- poniżej znaleźć można tabele zawierające najczęściej pojawiające się w ramach tego pytania kategorie.

Tabela 101. Cechy ciała kobiecego prezentowanego przez środki masowego przekazu wg deklaracji badanych (kategoryzacja pytania otwartego)

	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	Liczba odpowiedzi	Procent	Liczba odpowiedzi	Procent	Liczba odpowiedzi	Procent
szczupła	153	60,7%	81	63,3%	234	61,6%
zadbana	63	25,0%	34	26,6%	97	25,5%
nienaturalna	56	22,2%	25	19,5%	81	21,3%
ładna	34	13,5%	18	14,1%	52	13,7%
duży biust	26	10,3%	17	13,3%	43	11,3%
atrakcyjna	21	8,3%	10	7,8%	31	8,2%
idealna	21	8,3%	10	7,8%	31	8,2%
wąska talia	19	7,5%	11	8,6%	30	7,9%
jędrne ciało	20	7,9%	8	6,3%	28	7,4%
długie włosy	12	4,8%	3	2,3%	15	3,9%
nieskazitelna	4	1,6%	1	0,8%	5	1,3%
wyrzeźbiona	1	0,4%	3	2,3%	4	1,1%
Brak	3	1,2%	1	0,8%	4	1,1%

źródło: badania własne

Zarówno kobiety jak i mężczyźni jak najczęściej wskazują, iż ciała kobiece przedstawiane za pośrednictwem środków masowego przekazu są szczupłe, zadbane, acz nienaturalne. Inne często wymieniane atrybuty kobiet ukazywanych mediach to: ładna, atrakcyjna, z dużym biustem.

Zatem wskazanie to potwierdzają, iż obecnie w przekazach medialnych dostrzec można kult idealnego ciała objawiający się tendencją do ukazywania kobiet o bardzo szczupłej sylwetce, dbających o swój wygląd, jednak wygląd ten nie ma nic wspólnego z naturalnością.

Tabela 102 . Cechy ciała męskiego prezentowanego przez środki masowego przekazu wg deklaracji badanych (kategoryzacja pytania otwartego)

	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	Liczba odpowiedzi	Procent	Liczba odpowiedzi	Procent	Liczba odpowiedzi	Procent
wysoki	137	54,4%	60	46,9%	197	51,8%
przystojny	117	46,4%	58	45,3%	175	46,1%
umięśniony	111	44,0%	55	43,0%	166	43,7%
zadbany	74	29,4%	44	34,4%	118	31,1%
wyrzeźbiony	43	17,1%	17	13,3%	60	15,8%
opalony	45	17,9%	15	11,7%	60	15,8%
wyrzeźbione ciało	7	2,8%	8	6,3%	15	3,9%

atrakcyjny	7	2,8%	2	1,6%	9	2,4%
wyrzeźbione mięśnie	4	1,6%	0	0,0%	4	1,1%
umięśnione ciało	0	0,0%	3	2,3%	3	0,8%
Brak	3	1,2%	1	0,8%	4	1,1%

źródło: badania własne

Odnosząc się natomiast do sposobu przedstawiania ciała męskiego poprzez przekazy medialne, najczęściej wymienianymi cechami tego ciała (zarówno przez kobiety jak i przez samych mężczyzn) są następujące cechy: wysoki, przystojny, umięśniony, zadbany, wyrzeźbiony.

Zatem w tym wypadku również respondenci potwierdzają, że współczesne media tworzą ideał męskiego ciała, które jest wyrzeźbione i umięśnione, a sam mężczyzna przedstawiany przez media jest wysoki, przystojny i oczywiście zadbany. Cechy te bez wątpienia składają się na panujący w kulturze masowej kult idealnego ciała.

6.2. Sposób percepcji seksualizacji współczesnej kultury przez mieszkańców województwa śląskiego

Podrozdział ten dotyczy sposobu percepcji przez mieszkańców województwa śląskiego zjawiska jakim jest seksualizacja współczesnej kultury. W zakresie podskali odnoszącej się do sposobu percepcji zjawiska seksualizacja życia w przekazach medialnych, wyróżniono trzy poziomy percepcji odpowiadające liczbie punktów jaką mogli zdobyć respondenci w ramach owej podskali (maksymalnie 27, a minimalnie 9 punktów). W tabeli opisującej sposób percepcji zastosowano następujące określenia dla poszczególnych poziomów percepcji (W- dla wysokiego poziomu; U- dla umiarkowanego/ średniego poziomu; N- dla niskiego poziomu).

Tabela 103. Seksualizacja w percepcji respondentów

		N	U	W	Brak odp
Płeć	Kobieta	8,6%	57,6%	33,7%	0,0%
	Mężczyzna	11,6%	58,9%	29,5%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	14,5%	59,7%	25,8%	0,0%
	Średnie	7,9%	62,0%	30,2%	0,0%
	Wyższe	11,3%	45,0%	43,8%	0,0%

Wiek	18-35	8,2%	61,0%	30,9%	0,0%
	36-50	14,9%	50,6%	34,5%	0,0%
	51-65	6,7%	46,7%	46,7%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	9,6%	58,2%	32,2%	0,0%
	Średnie miasto	9,1%	90,9%	0,0%	0,0%
	Duże miasto	9,7%	55,8%	34,5%	0,0%
	Razem	9,6%	58,1%	32,3%	0,0%
		χ^2	p		
	Płeć	1,307	0,520		
	Wykształcenie	9,967	0,041		
	Wiek	6,184	0,186		
	Miejsce zamieszkania	6,011	0,198		

źródło: badania własne

Większość respondentów ogółem (58,1%) w stopniu umiarkowanym dostrzega w przekazach medialnych seksualizację kultury. W wysokim stopniu to zjawisko dostrzega 32,3% respondentów, a 9,6% dostrzega je w stopniu niskim.

Analizując kategoryzację poziomu percepcji według płci, zauważyć można, iż kobiety nieco częściej charakteryzują się wysokim poziomem percepcji w tym zakresie niż mężczyźni.

Z kolei biorąc pod uwagę poziom wykształcenia respondentów dostrzec można, że osoby z wyższym wykształceniem charakteryzują się wyższym stopniem percepcji seksualizacji w przekazach medialnych niż pozostałe grupy (prawie 44% osób z wyższym wykształceniem zdobyła ilość punktów odpowiadającą wysokiemu poziomowi percepcji). Zaś najrzadziej obecność seksualizacji w przekazach medialnych dostrzegają osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym.

Tymczasem różnicując odpowiedzi ze względu na miejsce zamieszkania respondentów nie są zauważalne istotne różnice- za wyjątkiem faktu, że ponad 90% mieszkańców miast średnich charakteryzuje się umiarkowanym stopniem postrzegania seksualizacji w przekazach medialnych. Jednocześnie nikt z tej grupy nie charakteryzuje się wysokim poziomem percepcji w zakresie tego zjawiska. Najwięcej osób z grupy zamieszkującej duże miasta charakteryzuje się wysokim poziomem percepcji seksualizacji (34,5%).

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego wyklucza istnienie zależności między poziomem percepcji a zmiennymi pośredniczącymi. Jedynie w odniesieniu do wykształcenia potwierdza tendencję do różnic w odpowiedziach ($p > 0,05 < 0,1$).

Warto również przyjrzeć się statystykom opisowym dotyczącym seksualizacji kultury. Zawiera je poniższa tabela.

Tabela 104. Statystyki opisowe dotyczące podskali Seksualizacja życia

Seksualizacja życia									
Płeć	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
kobieta	255	21,69	3,55	0,22	11,00	19,00	21,00	25,00	27,00
mężczyzna	129	21,12	3,80	0,33	10,00	18,00	21,00	24,00	27,00
Wiek	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
18-35 lat	282	21,43	3,47	0,21	10,00	18,00	21,00	24,00	27,00
36-50 lat	87	21,46	4,11	0,44	11,00	18,00	21,00	25,00	27,00
51-65 lat	15	23,13	3,89	1,00	13,00	23,00	23,00	26,00	27,00
Wykształcenie	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
Podstawowe/ zawodowe	62	20,77	4,17	0,53	11,00	18,00	21,00	24,00	27,00
Średnie	242	21,39	3,22	0,21	14,00	18,00	21,00	24,00	27,00
Wyższe	80	22,39	4,24	0,47	10,00	19,00	23,00	27,00	27,00
Miejsce zamieszkania	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
Wieś/ małe miasto	208	21,40	3,54	0,25	12,00	18,00	21,00	25,00	27,00
Średnie miasto	11	19,18	1,54	0,46	17,00	18,00	19,00	21,00	22,00
Duże miasto	165	21,78	3,81	0,30	10,00	19,00	22,00	25,00	27,00
Ogółem	384	21,50	3,64	0,19	10,00	18,00	21,00	25,00	27,00

źródło: badania własne

Wartość średniej oraz mediany dla respondentów ogółem mieści się pośrodku rozpiętości skali (9-27), zatem oznacza wynik umiarkowany. Z kolei kategoryzacja statystyk opisowych z uwzględnieniem płci ukazuje, iż kobiety uzyskały minimalnie wyższe wyniki od mężczyzn, jednak nadal były to wyniki umiarkowane. Pod względem wieku wartość mediany i średniej wskazuje na najwyższe wyniki osób z grupy wiekowej 51-65 lat. Z kolei biorąc pod uwagę wykształcenie oraz miejsce zamieszkania- wartość średniej oraz mediany wskazuje, iż najwyższe wyniki (nadal umiarkowane) otrzymały osoby z wyższym wykształceniem i mieszkańcy dużych miast. Zatem analiza statystyk opisowych potwierdza umiarkowany stopień percepcji seksualizacji przez mieszkańców województwa śląskiego. Z kolei wyniki testu Kruskalla Wallisa wskazują, że kategorią różnicującą poziom percepcji tego wymiaru jest wykształcenie oraz miejsce zamieszkania ($p,0,05$; zob. aneks 4).

Niezaprzeczalnym elementem powszechnej w mediach seksualizacji jest tendencja do przedstawiania kobiet i mężczyzn jako obiektów seksualnych oraz podkreślanie seksualności i atrybutów seksualnych w przekazach niemających charakteru seksualnego. Opinie mieszkańców województwa śląskiego w tym zakresie znajdują się w poniższych tabelach.

Tabela 105. Opinia badanych na temat przedstawiania kobiet i mężczyzn w przekazach medialnych jako obiektów seksualnych

		Tak	Nie	Nie wiem	Brak odp
Płeć	Kobieta	23,9%	57,3%	18,8%	0,0%
	Mężczyzna	27,9%	55,8%	16,3%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	17,7%	66,1%	16,1%	0,0%
	Średnie	28,5%	54,1%	17,4%	0,0%
	Wyższe	21,3%	57,5%	21,3%	0,0%
Wiek	18-35	25,9%	57,1%	17,0%	0,0%
	36-50	21,8%	55,2%	23,0%	0,0%
	51-65	33,3%	60,0%	6,7%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	23,6%	57,7%	18,8%	0,0%
	Średnie miasto	45,5%	36,4%	18,2%	0,0%
	Duże miasto	26,1%	57,0%	17,0%	0,0%
	Razem	25,3%	56,8%	18,0%	0,0%
		χ^2	p		
	Płeć	0,879	0,644		
	Wykształcenie	4,817	0,307		
	Wiek	3,333	0,504		
	Miejsce zamieszkania	3,058	0,548		

źródło: badania własne

L. Groesz wskazuje, iż ciało kobiety w kulturze masowej i w przekazach medialnych jest traktowane, jako obiekt seksualny. Służą temu zwłaszcza takie zabiegi jak fragmentaryczne ukazywanie kobiecego ciała (długie nogi, jędrne pośladki, biust, itp.)⁵⁰⁰ Jednak Z. Melosik pisze, iż we współczesnej kulturze ciało męskie jest postrzegane przez pryzmat władzy i przyjemności, ponadto w przekazach medialnych ma miejsce koncentracja na ciele i jego fragmentach (odnosząc się w tym przypadku do ciała męskiego), zatem mamy do czynienia z „wizualną erotycznością” ciała męskiego, a nie tylko kobiecego- jak wspomina autor⁵⁰¹.

Tymczasem, większość mieszkańców województwa śląskiego (56,8%) nie dostrzega istotnego elementu zjawiska seksualizacja- przedstawiania w przekazach medialnych kobiet i mężczyzn jako obiektów seksualnych. Element ten dostrzega natomiast 25,3% respondentów ogółem.

⁵⁰⁰ L. Groesz, M. Levine, S. Murner, The effect of experimental presentation... op. cit. s. 1-16.

⁵⁰¹ Z. Melosik, Tożsamość, ciało i władza w kulturze instant... op. cit., s. 149-151.

Kategoryzacja odpowiedzi ze względu na płeć nie wskazuje na występowanie istotnych różnic. Kobiety nieco częściej w porównaniu z mężczyznami nie dostrzegają tego zjawiska. Zaś różnicując odpowiedzi ze względu na poziom wykształcenia zauważyć można, że osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym częściej nie dostrzegają, że media przedstawiają kobiety jako obiekty seksualne. Osoby z wykształceniem średnim natomiast najczęściej fakt ten zauważają.

Biorąc pod uwagę kryterium wieku można zauważyć, że osoby w przedziale wiekowym 51-65 lat w największym odsetku nie dostrzegają tego istotnego elementu seksualizacji życia. Z kolei grupa wiekowa 35-50 lat w największym odsetku dostrzega, że przekazy medialne przedstawiają kobiety jako obiekty seksualne.

Kategoryzacja odpowiedzi z uwzględnieniem miejsca zamieszkania wskazuje na największy odsetek osób dostrzegających taki sposób przedstawiania kobiet wśród mieszkańców średnich miast (większość, bo aż 45,5% mieszkańców średnich miast dostrzega tę tendencję w przekazach medialnych).

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego nie potwierdza występowania zależności między udzielanymi odpowiedziami i poszczególnymi zmiennymi pośredniczącymi.

Kolejna tabela zawiera informacje o sposobie postrzegania innego elementu zjawiska seksualizacji, mianowicie wykorzystywania asocjacji seksualnych w przekazach medialnych (zwłaszcza reklamowych) nie mających charakteru seksualnego (np. w reklamach niektórych produktów spożywczych, samochodów, sprzętu, itp.)

Tabela 106. Opinia badanych na temat wykorzystywania asocjacji seksualnych w przekazach medialnych nie mających charakteru seksualnego

		Tak	Nie	Nie wiem	Brak odp
Płeć	Kobieta	21,6%	58,0%	20,0%	0,4%
	Mężczyzna	27,9%	53,5%	17,8%	0,8%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	14,5%	64,5%	19,4%	1,6%
	Średnie	27,3%	54,1%	18,2%	0,4%
	Wyższe	20,0%	57,5%	22,5%	0,0%
Wiek	18-35	24,8%	57,1%	17,7%	0,4%
	36-50	19,5%	52,9%	26,4%	1,1%
	51-65	26,7%	66,7%	6,7%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	21,6%	56,7%	20,7%	1,0%
	Średnie miasto	45,5%	36,4%	18,2%	0,0%
	Duże miasto	24,8%	57,6%	17,6%	0,0%

	Razem	23,7%	56,5%	19,3%	0,5%
		χ^2	p		
	Płeć	1,977	0,372		
	Wykształcenie	5,529	0,237		
	Wiek	5,244	0,263		
	Miejsce zamieszkania	3,929	0,416		

źródło: badania własne

Rozkład częstości odpowiedzi ogółem wskazuje, iż większość (56,5%) mieszkańców województwa śląskiego nie dostrzega, iż współczesne przekazy medialne bazują na skojarzeniach seksualnych. Ową tendencję dostrzega 23,7% respondentów ogółem.

Kategoryzując odpowiedzi z uwzględnieniem płci zauważyć można, że kobiety częściej niż mężczyźni nie dostrzegają takiego sposobu konstruowania przekazów medialnych. Z kolei biorąc pod uwagę poziom wykształcenia respondentów- osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym w największym odsetku (ponad 64%) nie dostrzegają wykorzystywania w przekazach medialnych asocjacji seksualnych. W największym odsetku dostrzegają tę tendencję osoby z wykształceniem średnim.

Różnicując odpowiedzi z uwzględnieniem wieku można zauważyć, że przedział wiekowy 51-65 lat stanowi grupę dostrzegającą wykorzystywanie asocjacji seksualnych w mediach w największym odsetku.

Podobnie jak w wypadku odpowiedzi na pytanie dotyczące przedstawiania kobiet i mężczyzn jako obiektów seksualnych, w odniesieniu do wykorzystywania asocjacji seksualnych w przekazach medialnych również mieszkańcy średnich miast w największym stopniu dostrzegają ową tendencję (większość z nich deklaruje, że współczesne przekazy medialne wykorzystują skojarzenia o charakterze seksualnym).

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego zaprzecza występowaniu zależności w odniesieniu do poszczególnych kategorii.

6.3. Sposób percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji

W zakresie trzeciej już podskali, odnoszącej się do sposobu percepcji zjawiska prymat przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji w przekazach kultury masowej, wyróżniono trzy poziomy percepcji odpowiadające liczbie punktów jaką mogli zdobyć respondenci w ramach owej podskali. W tabeli opisującej sposób percepcji zastosowano następujące określenia dla poszczególnych poziomów percepcji (W- dla wysokiego poziomu; U- dla umiarkowanego/ średniego poziomu; N- dla niskiego poziomu).

Tabela 107. Prymat przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji w percepcji respondentów

		N	U	W	Brak odp
Płeć	Kobieta	8,6%	50,2%	41,2%	0,0%
	Mężczyzna	14,7%	45,7%	39,5%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	14,5%	50,0%	35,5%	0,0%
	Średnie	9,9%	54,1%	36,0%	0,0%
	Wyższe	10,0%	31,3%	58,8%	0,0%
Wiek	18-35	9,6%	51,4%	39,0%	0,0%
	36-50	14,9%	41,4%	43,7%	0,0%
	51-65	6,7%	40,0%	53,3%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	11,1%	49,0%	39,9%	0,0%
	Średnie miasto	18,2%	72,7%	9,1%	0,0%
	Duże miasto	9,7%	46,7%	43,6%	0,0%
	Razem	10,7%	48,7%	40,6%	0,0%
		χ^2	p		
	Płeć	3,393	0,183		
	Wykształcenie	15,686	0,003		
	Wiek	4,626	0,328		
	Miejsce zamieszkania	5,293	0,258		

źródło: badania własne

Powyższa tabela wskazuje, iż 48,7% respondentów ogółem charakteryzuje się umiarkowanym poziomem percepcji w zakresie zjawiska prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji. Ponad 40% mieszkańców województwa śląskiego dostrzega to zjawisko w stopniu wysokim.

Biorąc pod uwagę płeć respondentów zauważyć można, iż kobiety charakteryzują się nieco wyższym poziomem percepcji tego zjawiska niż mężczyźni.

Ciekawie rzecz się ma w odniesieniu do poziomu wykształcenia respondentów. Otóż większość respondentów z wykształceniem wyższym (prawie 59%) charakteryzuje się wysokim poziomem percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji.

Z kolei kategoryzacja z uwzględnieniem wieku respondentów wskazuje na najwyższym poziom percepcji tego zjawiska wśród osób w wieku 51-65 lat (ponad 53% badanych z tej grupy dostrzega je w stopniu wysokim).

Kryterium miejsca zamieszkania zaś wskazuje, iż mieszkańcy dużych miast charakteryzują się wyższym (w porównaniu z mieszkańcami wsi lub małych miast oraz średnich miast) poziomem percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji w przekazach medialnych.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego potwierdza występowanie zależności ($p < 0,01$) w odniesieniu do kategorii wykształcenia. Zatem im wyższe wykształcenie, tym wyższy poziom percepcji omawianego zjawiska.

Poniższa tabela zawiera statystyki opisowe dotyczące omawianego wymiaru. Warto przyjrzeć się wartościom tych statystyk i porównać je z rozkładem częstości odpowiedzi.

Tabela 108. Statystyki opisowe dla podskali Prymat przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji

Prymat przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji									
Płeć	N	Średni a	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Median a	Q75	Maks .
kobieta	255	22,25	3,59	0,23	11,0 0	19,0 0	22,00	26,0 0	27,00
mężczyzna	129	21,78	4,10	0,36	10,0 0	19,0 0	22,00	25,0 0	27,00
Wiek	N	Średni a	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Median a	Q75	Maks .
18-35 lat	282	22,03	3,64	0,22	11,0 0	19,0 0	22,00	25,0 0	27,00
36-50 lat	87	22,09	4,11	0,44	10,0 0	19,0 0	23,00	26,0 0	27,00
51-65 lat	15	23,27	4,32	1,11	12,0 0	20,0 0	24,00	27,0 0	27,00
Wykształcenie	N	Średni a	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Median a	Q75	Maks .
Podstawowe/ zawodowe	62	21,47	3,88	0,49	11,0 0	18,0 0	22,00	25,0 0	27,00
Średnie	242	21,95	3,54	0,23	13,0 0	19,0 0	22,00	25,0 0	27,00
Wyższe	80	23,01	4,23	0,47	10,0 0	20,0 0	24,00	27,0 0	27,00
Miejsce zamieszkania	N	Średni	Odch.	Bł.	Min.	Q25	Median	Q75	Maks

		a	std.	std.			a		.
Wieś/ małe miasto	208	22,09	3,69	0,26	13,0 0	19,0 0	22,00	25,0 0	27,00
Średnie miasto	11	19,64	2,29	0,69	17,0 0	18,0 0	19,00	21,0 0	24,00
Duże miasto	165	22,26	3,91	0,30	10,0 0	19,0 0	23,00	26,0 0	27,00
Ogółem	384	22,09	3,77	0,19	10,0 0	19,0 0	22,00	26,0 0	27,00

źródło: badania własne

Wartość mediany oraz średniej dla respondentów ogółem wskazuje, że poziom percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji znajduje się na umiarkowanym poziomie. Średnia w wypadku kobiet jest nieco wyższa niż w wypadku mężczyzn. Zaś biorąc pod uwagę kategorię wieku respondentów, statystyki opisowe wskazują na najwyższe wyniki w przedziale wiekowym 51-65 lat (odpowiadające wysokiemu poziomowi percepcji). Podobnie różnicując wartość mediany, średniej oraz pozostałych statystyk ze względu na poziom wykształcenia- najwyższe wyniki (określające wysoki poziom percepcji) osiągnęli respondenci z wyższym wykształceniem. Nieco wyższe wartości średniej oraz mediany uzyskali mieszkańcy dużych miast (jednak nadal odpowiadające umiarkowanemu poziomowi percepcji), w porównaniu z pozostałymi grupami respondentów w kategorii miejsce zamieszkania. Zatem wartości statystyk opisowym dla omawianego wymiaru są zbieżne z danymi przedstawionymi za pomocą rozkładu częstości odpowiedzi. Zaś wyniki testu Kruskala Wallis wskazują, iż kategoriami różnicującymi poziom percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji są wykształcenie oraz miejsce zamieszkania. Natomiast test chi- kwadrat wskazał wyłącznie kategorię wykształcenia. Jednak należy pamiętać o fakcie, iż test Kruskala Wallisa jest silniejszym testem statystycznym, zatem warto wziąć pod uwagę wyniki uzyskane za jego pomocą (zob. aneks 4).

Tabela 109. Opinia badanych na temat zjawiska łączenia zakupu nowych towarów z odczuwaniem szczęścia w przekazach medialnych

		Tak	Nie	Brak odp
Płeć	Kobieta	82,0%	18,0%	0,0%
	Mężczyzna	81,4%	18,6%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	75,8%	24,2%	0,0%
	Średnie	81,4%	18,6%	0,0%
	Wyższe	87,5%	12,5%	0,0%

Wiek	18-35	81,9%	18,1%	0,0%
	36-50	79,3%	20,7%	0,0%
	51-65	93,3%	6,7%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	78,4%	21,6%	0,0%
	Średnie miasto	81,8%	18,2%	0,0%
	Duże miasto	86,1%	13,9%	0,0%
	Razem	81,8%	18,2%	0,0%
		χ^2	p	
	Płeć	0,018	0,892	
	Wykształcenie	3,263	0,196	
	Wiek	1,703	0,427	
	Miejsce zamieszkania	3,655	0,161	

źródło: badania własne

Z. Baumann wskazuje, iż we współczesnym społeczeństwie czynność jaką jest kupowanie, nie ma na celu zaspokojenia *potrzeb* (nawet tych sztucznych, czy wtórnych) , wyznacznikiem w tym zakresie jest raczej kategoria *pragnienia*, która tym różni się od kategorii potrzeb, iż ma charakter kapryśny, ulotny, krótkotrwały, zmienny⁵⁰². Natomiast przekazy medialne próbują nam wmówić, że nasze pragnienia to tak naprawdę nasze potrzeby, a ich zaspokojenie da nam poczucie szczęścia. Tymczasem „*przedmiotem pragnienia jest zawsze ono samo (...) I właśnie dlatego nie da się go zaspokoić*”⁵⁰³. Odnosząc się do badań własnych- zdecydowana większość respondentów (prawie 82%) zgadza się z tym, iż współczesne przekazy medialne łączą konsumpcjonizm z odczuwaniem szczęścia i satysfakcji w życiu, czyli promują konsumpcyjny model życia.

Kategoryzacja odpowiedzi ze względu na płeć nie wskazuje na istotne różnice w udzielanych wskazaniach. Zaś zgodnie z podziałem względem wykształcenia zauważyć można, że im wyższe wykształceniem tym częściej respondenci dostrzegają tę tendencję w przekazach medialnych. Zatem największy odsetek osób dostrzegających promowanie konsumpcyjnego stylu życia w przekazach medialnych występuje wśród osób z wykształceniem wyższym.

Z kolei grupą wiekową w największym stopniu dostrzegającą ową tendencję w przekazach medialnych- są osoby w wieku 51-65 lat. Biorąc zaś pod uwagę miejsce zamieszkania- częściej w porównaniu z pozostałymi grupami zjawisko to dostrzegają mieszkańcy dużych miast.

⁵⁰² Z. Baumann, *Płynna nowoczesność...* op. cit., s. 115-116.

⁵⁰³ Ibidem s. 117.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego nie wskazuje jednak na występowanie zależności między udzielanymi odpowiedziami, a poszczególnymi zmiennymi pośredniczącymi.

6.4. Sposób percepcji medykalizacji codziennego życia przez mieszkańców województwa śląskiego

Ostatnio podrozdział dotyczy sposobu percepcji przez badanych medykalizacji codziennego życia. Z. Melosik stwierdza, iż medykalizacja jest wynikiem „*fatalnego zauroczenia medycyną*”, co implikuje redukcjonistyczne podejście do człowieka oraz problemów społecznych i sprowadzanie ich do kategorii biomedycznych oraz fizjologicznych poprzez próbę kontrolowania za pomocą medycznych technologii⁵⁰⁴.

W zakresie ostatniej podskali, opisującej sposób percepcji zjawiska medykalizacji, wyróżniono trzy poziomy percepcji odpowiadające poniższej punktacji (liczba punktów jaką mogli zdobyć respondenci w ramach owej podskali). W tabeli opisującej sposób percepcji zastosowano następujące określenia dla poszczególnych poziomów percepcji (W- dla wysokiego poziomu; U- dla umiarkowanego/ średniego poziomu; N- dla niskiego poziomu).

Poziom percepcji mieszkańców województwa śląskiego w zakresie tego zjawiska zawiera poniższa tabela.

Tabela 110. Medykalizacja życia codziennego w percepcji respondentów

		N	U	W	Brak odp
Płeć	Kobieta	5,5%	47,8%	46,7%	0,0%
	Mężczyzna	7,8%	45,7%	46,5%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	6,5%	48,4%	45,2%	0,0%
	Średnie	5,8%	49,6%	44,6%	0,0%
	Wyższe	7,5%	38,8%	53,8%	0,0%
Wiek	18-35	5,7%	47,2%	47,2%	0,0%
	36-50	8,0%	44,8%	47,1%	0,0%
	51-65	6,7%	60,0%	33,3%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	7,7%	47,1%	45,2%	0,0%
	Średnie miasto	9,1%	63,6%	27,3%	0,0%
	Duże miasto	4,2%	46,1%	49,7%	0,0%

⁵⁰⁴ Z. Melosik, Tożsamość, ciało i władza w kulturze instant... op. cit. 145-146.

	Razem	6,3%	47,1%	46,6%	0,0%
		χ^2	p		
	Płeć	0,782	0,676		
	Wykształcenie	2,917	0,572		
	Wiek	1,819	0,769		
	Miejsce zamieszkania	3,884	0,422		

źródło: badania własne

Większość mieszkańców województwa śląskiego (47,1%) dostrzega zjawisko medykalizacja w stopniu umiarkowanym, jednak niewiele mniej - 46,6% dostrzega je w stopniu wysokim.

Kategoryzacja z uwzględnieniem płci wskazuje, iż zarówno kobiety jak i mężczyźni charakteryzują się podobnym poziomem percepcji medykalizacja codziennego życia w przekazach medialnych.

Zaś różnicując poziom percepcji ze względu na wykształcenie zauważyć można, iż osoby z wykształceniem wyższym dostrzegają medykalizacja w przekazach medialnych w największym stopniu. Odnosząc się z kolei do kategorii wieku- najwyższym poziomem percepcji medykalizacja codziennego życia charakteryzują się osoby w wieku 18-35 lat, a najniższym osoby w wieku 51-65 lat.

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania respondentów- mieszkańcy dużych miast charakteryzują się wyższym poziomem percepcji medykalizacja, zatem częściej dostrzegają to zjawisko w przekazach medialnych, od pozostałych grup.

Jednak wartość prawdopodobieństwa obserwowanego nie potwierdza występowania zależności między poszczególnymi kategoriami a poziomem percepcji tej zmiennej.

Tabela poniżej zawiera statystyki opisowe dotyczące wymiaru medykalizacji codziennego życia. Warto zatem sprawdzić, czy ich wartości potwierdzają poziom percepcji jaki zdiagnozowano na podstawie rozkładu częstości odpowiedzi.

Tabela 111. Statystyki opisowe dotyczące podskali Medykalizacja codziennego życia

Medykalizacja codziennego życia									
Płeć	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
kobieta	255	22,98	3,02	0,19	12,00	21,00	23,00	25,00	27,00
mężczyzna	129	22,39	3,72	0,33	10,00	21,00	23,00	25,00	27,00
Wiek	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
18-35 lat	282	22,79	3,15	0,19	11,00	21,00	23,00	25,00	27,00

36-50 lat	87	22,79	3,63	0,39	10,00	21,00	23,00	26,00	27,00
51-65 lat	15	22,60	3,72	0,96	12,00	21,00	22,00	26,00	27,00
Wykształcenie	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
Podstawowe/ zawodowe	62	22,45	3,49	0,44	14,00	20,00	23,00	25,00	27,00
Średnie	242	22,70	3,05	0,20	12,00	21,00	23,00	25,00	27,00
Wyższe	80	23,30	3,73	0,42	10,00	22,00	24,00	26,00	27,00
Miejsce zamieszkania	N	Średnia	Odch. std.	Bł. std.	Min.	Q25	Mediana	Q75	Maks.
Wieś/ małe miasto	208	22,60	3,26	0,23	12,00	21,00	23,00	25,00	27,00
Średnie miasto	11	20,73	3,13	0,94	16,00	18,00	21,00	24,00	25,00
Duże miasto	165	23,15	3,26	0,25	10,00	21,00	23,00	26,00	27,00
Ogółem	384	22,78	3,28	0,17	10,00	21,00	23,00	25,00	27,00

źródło: badania własne

Wartość mediany oraz średniej dla respondentów ogółem znajduje się bliżej wysokiego poziomu percepcji omawianego wymiaru, jednak należy pamiętać, iż rozkład częstości odpowiedzi wskazał na bardzo niewielką różnicę między odsetkiem respondentów, którzy uzyskali liczbę punktów odpowiadającą poziomowi umiarkowanemu, a tymi których medykalizacji znajduje się na wysokim poziomie.

Różnicując wartość statystyk opisowych pod względem płci, nie dostrzega się istotnych różnic. Natomiast dla kategorii wieku najwyższą wartość tych statystyk osiągnęli respondenci z przedziału wiekowego 18-35 lat oraz 36- 50 lat. Biorąc zaś pod uwagę poziom wykształcenia oraz miejsce zamieszkania respondentów- wartość statystyk wskazuje na najwyższy poziom percepcji medykalizacji dla respondentów z wyższym wykształceniem oraz mieszkańców dużych miast.

Wyniki testu chi- kwadrat nie wskazały, aby jakkolwiek ze zmiennych pośredniczących różnicowała poziom percepcji medykalizacji, natomiast wyniki testu Kruskalla Wallisa potwierdzają, że kategorią różnicującą w tym wypadku jest miejsce zamieszkania (patrz: aneks).

Istotnym elementem medykalizacja w przekazach medialnych jest także rozpowszechnienie za pośrednictwem mediów informacji na tematy związane ze zdrowiem. Media zaczynają niejako zastępować odbiorcom lekarza, a przekazywane za ich pośrednictwem treści o charakterze medycznym bywają traktowane jako prawdziwe mimo, iż najczęściej nie są poparte żadnymi rzetelnymi dowodami, czy badaniami.

Poniższa tabela zawiera informacje na temat traktowania mediów przez mieszkańców województwa śląskiego jako źródła wiedzy na tematy związane ze zdrowiem i chorobą.

Tabela 112. Czerpanie informacji na temat zdrowia i choroby z mass mediów wg deklaracji badanych

		Tak	Nie	Brak odp
Płeć	Kobieta	45,9%	54,1%	0,0%
	Mężczyzna	43,4%	56,6%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	46,8%	53,2%	0,0%
	Średnie	45,0%	55,0%	0,0%
	Wyższe	43,8%	56,3%	0,0%
Wiek	18-35	45,4%	54,6%	0,0%
	36-50	41,4%	58,6%	0,0%
	51-65	60,0%	40,0%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	47,6%	52,4%	0,0%
	Średnie miasto	45,5%	54,5%	0,0%
	Duże miasto	41,8%	58,2%	0,0%
	Razem	45,1%	54,9%	0,0%
		χ^2	p	
	Płeć	0,211	0,646	
	Wykształcenie	0,129	0,937	
	Wiek	1,841	0,398	
	Miejsce zamieszkania	1,242	0,538	

źródło: badania własne

Większość mieszkańców województwa śląskiego- prawie 55%- deklaruje, iż nie czerpie informacje na temat zdrowia i choroby z mass mediów, zaś 45% takie informacje z mass mediów czerpie.

Nieco częściej informacje na temat zdrowia i choroby z przekazów medialnych czerpią kobiety w porównaniu z mężczyznami. Podobnie osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym- częściej niż respondenci na pozostałym poziomie wykształcenia, czerpią takie informacje z mass mediów.

Biorąc pod uwagę wiek respondentów, co ciekawe, większość mieszkańców województwa śląskiego w przedziale wiekowym 51-65 lat czerpie informacje na tematy związane ze zdrowiem i chorobą z przekazów medialnych. Natomiast osoby w wieku 18-35 lat najrzadziej wskazują na korzystanie z mediów w celu uzyskania informacji medycznych.

Kategoryzacja wskazań ze względu na miejsce zamieszkania ukazuje, iż mieszkańcy wsi lub małych miast w największym odsetku czerpią informacje na temat zdrowia i choroby z przekazów medialnych, najmniejszy odsetek stanowią zaś mieszkańcy miast dużych.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego nie potwierdza jednak występowania zależności w odniesieniu do tych zmiennych.

Kolejna tabela dotyczy opinii na temat przedstawiania zdrowia w mediach jako wartości. Bowiem charakterystycznym elementem medykalizacji jest powoływanie się na zdrowie, jednak sposób jego przedstawiania jest podobny do innych dóbr konsumpcyjnych- zdrowie jest przedstawiane jako towar, który można niejako kupić poprzez wybór odpowiednich suplementów i leków.

Tabela 113. Opinia respondentów na temat promowania w mediach zdrowia jako wartości

		Tak	Nie	Brak odp
Płeć	Kobieta	49,8%	50,2%	0,0%
	Mężczyzna	45,7%	54,3%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	45,2%	54,8%	0,0%
	Średnie	49,6%	50,4%	0,0%
	Wyższe	47,5%	52,5%	0,0%
Wiek	18-35	52,8%	47,2%	0,0%
	36-50	32,2%	67,8%	0,0%
	51-65	60,0%	40,0%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	49,5%	50,5%	0,0%
	Średnie miasto	27,3%	72,7%	0,0%
	Duże miasto	48,5%	51,5%	0,0%
	Razem	48,4%	51,6%	0,0%
		χ^2	p	
	Płeć	0,567	0,451	
	Wykształcenie	0,423	0,810	
	Wiek	12,191	0,002	
	Miejsce zamieszkania	2,070	0,355	

źródło: badania własne

Większość mieszkańców województwa śląskiego (51,6%) uważa, iż w przekazach medialnych nie ukazuje się zdrowia jako wartości. Znaczna część (48,4%) respondentów z kolei ma przeciwne zdanie- uważa, iż media promują wartość zdrowia.

Kategoryzacja odpowiedzi ze względu na płeć ukazuje, że częściej wartość zdrowia w przekazach medialnych dostrzegają kobiety aniżeli mężczyźni.

Osoby z wykształceniem średnim w największym odsetek deklarują, że media promują zdrowie jako wartość. Zaś biorąc pod uwagę przedział wiekowy- osoby w wieku 51-65 lat aż w 60 deklarują, że współczesne przekazy medialne podkreślają wartość zdrowia. Podobne zdanie ma również największy odsetek osób zamieszkujących wieś lub małe miasta.

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego w odniesieniu do kategorii wieku potwierdza występowanie zależności między udzielanymi odpowiedziami a wiekiem respondentów (p,0,01).

Pozytywnym elementem medykalizacji obecnej w przekazach medialnych może być rozpowszechnianie informacji na temat konieczności zgłaszania się na badania profilaktyczne poprzez kampanie społeczne o charakterze promującym zdrowie. Poniższa tabela zawiera informacje o tym, czy mieszkańcy województwa śląskiego mieli kontakt z takimi kampaniami medialnymi.

Tabela 114. Kontakt respondentów z kampaniami profilaktycznymi w przekazach medialnych

		Tak	Nie	Brak odp
Płeć	Kobieta	48,2%	51,8%	0,0%
	Mężczyzna	48,8%	51,2%	0,0%
Wykształcenie	Podstawowe lub zawodowe	46,8%	53,2%	0,0%
	Średnie	47,9%	52,1%	0,0%
	Wyższe	51,3%	48,8%	0,0%
Wiek	18-35	46,8%	53,2%	0,0%
	36-50	50,6%	49,4%	0,0%
	51-65	66,7%	33,3%	0,0%
Miejsce zamieszkania	Wieś lub małe miasto	47,6%	52,4%	0,0%
	Średnie miasto	63,6%	36,4%	0,0%
	Duże miasto	48,5%	51,5%	0,0%
	Razem	48,4%	51,6%	0,0%
		χ^2	p	
	Płeć	0,012	0,911	
	Wykształcenie	0,347	0,841	
	Wiek	2,454	0,293	
	Miejsce zamieszkania	1,077	0,584	

źródło: badania własne

Nieznaczna większość- 51,6% mieszkańców województwa śląskiego ogółem deklaruje, że nie miała kontaktu z medialnymi kampaniami profilaktycznymi. Z kolei 48,4% taki kontakt deklaruje.

Różnicując odpowiedzi ze względu na płeć widać wyraźnie, iż zarówno kobiety jak i mężczyźni w podobnym odsetku deklarują brak kontaktu z kampaniami profilaktycznymi w mediach.

Z kolei biorąc pod uwagę poziom wykształcenia- osoby z wykształceniem wyższym w większości spotkały się z kampaniami profilaktycznymi prezentowanymi w mass mediach (wskazanie to dotyczy 51,3% respondentów z wyższym wykształceniem).

Kategoryzacja z uwzględnieniem kryterium wieku pokazuje, że osoby w przedziale wiekowym 35-50 lat oraz 51-65 lat w większości deklarują kontakt z kampaniami zachęcającymi do badań ukazywanymi za pośrednictwem przekazów medialnych.

Podobnie, mieszkańcy miast średnich w największym odsetku deklarują kontakt z takimi kampaniami (wskazanie to dotyczy ponad 63% osób z tej grupy).

Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego nie potwierdza występowania zależności w odniesieniu do poszczególnym kategorii ($p > 0,01$).

W kolejnej tabeli zawarto kategoryzację pytania otwartego dotyczącego przekazów reklamowych z jakimi najczęściej spotykali się respondenci w ciągu ostatniego tygodnia. Wzięto pod uwagę kategorie związane ze zjawiskiem medykalizacji.

Tabela 115. Przekazy reklamowe widziane przez respondentów w ciągu ostatniego tygodnia (kategoryzacja pytania otwartego w oparciu o pojęcia charakterystyczne dla zjawiska medykalizacji)

	Kobiety	Mężczyźni	Mężczyźni		Razem	
	Liczba odpowiedzi	Procent	Liczba odpowiedzi	Procent	Liczba odpowiedzi	Procent
suplementy	62	29,2%	29	26,9%	91	28,4%
leki	53	25,0%	22	20,4%	75	23,4%
kosmetyki	42	19,8%	26	24,1%	68	21,3%
tabletki	10	4,7%	6	5,6%	16	5,0%
fast food	3	1,4%	0	0,0%	3	0,9%

źródło: badania własne

Widać wyraźnie, że prawie 52% respondentów ogółem wskazało, że w ciągu ostatniego tygodnia najczęściej spotykali się z reklamami leków i suplementów diety

Kobiety najczęściej wymieniały, że spotykały się z reklamami: leków i suplementów na włosy, skórę i paznokcie; uspokajających; leków na potencję; leków łagodzących objawy

menopauzy. Zaś mężczyźni najczęściej wskazywali na reklamy: leków na potencję; leków na grypę i przeziębienie; witamin.

Zatem respondenci dostrzegli ten charakterystyczny element zjawiska medykalizacji w przekazach medialnych- zachęcanie do stosowania suplementów i substancji łagodzących różne dolegliwości, nawet te będące następstwem naturalnych procesów fizjologicznych.

Podsumowując ten rozdział można stwierdzić, iż mieszkańcy województwa śląskiego charakteryzują się wysokim poziomem percepcji kultu idealnego ciała, natomiast umiarkowanym w zakresie seksualizacji życia, prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji oraz medykalizacja codziennego życia.

W zakresie percepcji kultu idealnego ciała przez mieszkańców województwa śląskiego, najwyższym poziomem percepcji charakteryzują się kobiety, osoby w wieku 51-65 lat, osoby z wyższym wykształceniem oraz mieszkańcy dużych miast. Podobnie rzecz się ma z poziomem percepcji seksualizacji życia oraz prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji- jest on najwyższy dla kobiet, osób w wieku 51-65 lat, tych z wyższym wykształceniem oraz mieszkańców dużych miast. Warto dodać, iż w zakresie percepcji prymatu przyjemności natychmiastowości i konsumpcji, osoby z wyższym wykształceniem, jako jedyna grupa, przejawiają wysoki poziom percepcji, podczas gdy w wypadku pozostałych, znajduje się on na poziomie umiarkowanym. Natomiast odnosząc się do poziomu percepcji medykalizacji codziennego życia przez badanych- najwyższy poziom percepcji reprezentują osoby w wieku 18-50 lat oraz te z wyższym wykształceniem i mieszkańcy dużych miast.

Kolejna część niniejszej rozprawy dotyczy weryfikacji ewentualnych zależności między sposobem percepcji poszczególnych zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej a postrzeganiem ciała i zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego.

Rozdział 7. Zależności między sposobem percepcji zjawisk obecnych w przekazach medialnych, a zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego i ich postrzeganiem własnego ciała- analiza i interpretacja części weryfikacyjnej badań własnych

Jak już wspomniano w rozdziale metodologicznym niniejszej dysertacji, w celu dokonania zwięzłej i czytelnej, a zarazem rzetelnej weryfikacji ewentualnych zależności między sposobem percepcji zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej, a zachowaniami zdrowotnymi, porównano wyniki uzyskane za pośrednictwem *Skali Percepcji Przekazów Kultury Masowej* oraz *Skali Zachowań Prozdrowotnych* (skalę tę otrzymano po przeprowadzeniu badań poprzez wybór najistotniejszych z punktu widzenia problematyki badawczej pytań z autorskiego kwestionariusza oraz dokonanie rangowania odpowiedzi zgodnie z zasadą, że im wyższa ranga, tym wyższy poziom danego zachowania zdrowotnego).

Chcąc sprawdzić ocenę podobieństwa uporządkowań zbioru odpowiedzi (np. podobieństwo odpowiedzi pomiędzy dwoma pytaniami) zastosowano współczynnik τ Kendalla⁵⁰⁵. Miara ta przyjmuje wartości z przedziału $<-1, 1>$. Ujemna wartość tego współczynnika mówi o zależności przeciwnej (wzrost wartości pewnej zmiennej będzie powodować spadek wartości drugiej zmiennej). Wartość bliska -1 świadczyć będzie zatem o bardzo dużej zależności ujemnej, a wartości bliska jedności będzie świadczyć o silnej zależności dodatniej. Jeśli wartość współczynnika korelacji jest bliska zeru to w tym przypadku mówimy o braku zależności pomiędzy tymi zmiennymi.

Wartość współczynnika oznacza:

od 0,1 do 0,2 bardzo słabą zależność;

od 0,2 do 0,4 słabą zależność;

od 0,4 do 0,6 umiarkowaną zależność;

od 0,6 do 0,8 silną zależność;

od 0,8 do 1,0 bardzo silną zależność.

Następnie w celu stwierdzenia czy związek jest statystycznie istotny tzn. czy wartość współczynnika korelacji obliczonego według wzoru, statystycznie różni się od zera, trzeba

⁵⁰⁵ E. Gatnar, M. Walesiak, *Metody statystycznej analizy wielowymiarowej w badaniach marketingowych*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2004, s. 54-55.

zweryfikować hipotezę o istotności współczynnika korelacji. Hipoteza zerowa w tym wypadku głosi, że wartość współczynnika jest równa zero – czyli nie ma zależności pomiędzy zmiennymi, zaś alternatywna, że różni się od zera – występują zależności.

We wszystkich przeprowadzonych testach przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$. Jest to prawdopodobieństwo błędu pierwszego rodzaju tzn. odrzuceniu hipotezy zerowej, chociaż jest ona prawdziwa. Jednak w poszczególnych tabelach podano prawdopodobieństwo obserwowane (rzeczywiste), co umożliwia czytelnikowi samodzielną ocenę istotności zaobserwowanych różnic. Kierowano się bowiem dewizą, by nie skupiać się tylko i wyłącznie na tym co istotne z punktu widzenia nauk matematycznych, przedstawiono również dane ważne dla problematyki badawczej (choć statystycznie nieistotne), gdyż jak stwierdza S. Palka zjawiska pedagogiczne „są często niepowtarzalne, mozaikowe, nieuchwytnie dla <grubych> narzędzi empirycznych badań ilościowych”⁵⁰⁶.

Wyniki otrzymane za pośrednictwem dwóch autorskich skal, stanowiły podstawę do weryfikacji hipotez badawczych przyjętych dla tej części projektu badawczego. Ponadto w celu uzupełnienia informacji wykonano również testy korelacji w odniesieniu do sposobu percepcji określonych grup zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej i wybranych pytań z Kwestionariusza Podejmowanych Zachowań Zdrowotnych (w wersji pierwotnej).

Poszczególne rozdziały tej części dysertacji dotyczą weryfikacji hipotez badawczych skupionych wokół czterech grup zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej i ich związków z określonymi zachowaniami zdrowotnymi i/lub postrzeganiem ciała mieszkańców województwa śląskiego.

⁵⁰⁶ S. Palka, Epistemologiczne podstawy ilościowego i jakościowego badania efektów kształcenia szkolnego, w: Epistemologiczne wyzwania współczesnej pedagogiki, red. K. Duraj- Nowak, J. Gnitecki, wyd. WSP, Karków 1997, s. 66.

7.1. Weryfikacja zależności między sposobem percepcji kultu idealnego ciała a zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie odżywiania

Pierwsza przeanalizowana zależność dotyczy poziomu percepcji kultu idealnego ciała i zachowań zdrowotnych mieszkańców województwa śląskiego w zakresie odżywiania. Hipoteza badawcza, dotycząca tego zagadnienia, brzmi:

Sposób percepcji promowanego w mediach kultu idealnego ciała koreluje z zachowaniami zdrowotnymi badanych w zakresie odżywiania.

Poniższe tabele zawierają informacje na temat współczynnika korelacji między tymi zmiennymi.

Tabela 116. Współczynnik korelacji tau Kendalla ogółem i w podziale na płeć

	Tau Kendalla	p
k	0,07	0,115
m	0,18	0,003
Ogółem	0,11	0,001

źródło: badania własne

Ogółem pomiędzy sposobem percepcji kultu idealnego ciała, a zachowaniami zdrowotnymi w zakresie odżywiania zachodzi dodatnia zależność (statystycznie istotna). W przypadku mężczyzn zależność ta jest silniejsza niż w przypadku kobiet. Oznacza to, że wraz ze wzrostem poziomu percepcji kultu idealnego ciała, rośnie wartość skali zachowań w zakresie odżywiania. Zatem respondenci, którzy dostrzegają kult idealnego ciała w przekazach medialnych, częściej podejmują prozdrowotne zachowania w zakresie odżywiania. Zależność ta dotyczy takich zachowań związanych z odżywianiem jak: ilość spożywanych posiłków, odstępy czasowe między posiłkami, podjadanie, spożywanie owoców i warzyw, sięganie po słodkie, słodkie napoje oraz żywność typu fast food. Jak wykazała część diagnostyczna badań własnych, mieszkańcy województwa śląskiego ogółem charakteryzują się wysokim poziomem percepcji kultu idealnego ciała w przekazach medialnych. Zaś analiza *Skali Zachowań Prozdrowotnych* wskazuje, że ich zachowania w zakresie odżywiania są raczej prawidłowe. Zatem większa świadomość w zakresie

obecności kultu idealnego ciała w kulturze masowej, powoduje częstsze przejawianie zachowań prozdrowotnych w zakresie odżywiania, może zatem skłaniać do pracy nad własną sylwetką, ale w sposób sprzyjający zdrowiu- poprzez prawidłowe żywienie.

Tabela 117. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale na wiek

	Tau Kendalla	p
18-35 lat	0,06	0,111
36-50 lat	0,19	0,010
51-65 lat	0,24	0,211

źródło: badania własne

Z kolei analizując współczynnik korelacji w podziale ze względu na poszczególne grupy wiekowe, zauważyć można, iż występuje zależność pomiędzy poziomem percepcji kultu idealnego ciała, a zachowaniami zdrowotnymi w zakresie odżywiania, w grupie wiekowej 36-50 lat oraz 51-65 lat. Zaś wartość prawdopodobieństwa obserwowanego wskazuje, iż zależność ta jest statystycznie istotna w grupie wiekowej 36-50 lat. Zatem można wnioskować, że osoby w wieku 36- 50 lat i 51-65 lat, im bardziej dostrzegają w przekazach medialnych zjawisko kultu idealnego ciała, tym więcej prozdrowotnych zachowań w zakresie odżywiania wykazują. Część diagnostyczna niniejszych badań wykazała, że osoby w tym wieku charakteryzują się wysokim poziomem percepcji kultu idealnego ciała. Charakteryzują się więc zarazem, dużą świadomością w tym zakresie. Ponadto otrzymane wyniki skali dotyczącej zachowań w zakresie odżywiania dla tej grupy wiekowej, wskazują na przejawianie raczej prawidłowych nawyków. W wypadku tej grupy wiekowej być może wielokrotna ekspozycja wzorca idealnego ciała w przekazach medialnych, działa motywująco i skłania do pracy nad własną sylwetką poprzez właściwe odżywianie. Warto również dodać, iż osoby w wieku dojrzałym zazwyczaj mają już ustabilizowaną samoocenę, a ich sposób patrzenia na informacje płynące z mediów może być nieco bardziej krytyczny niż w wypadku osób młodych, zatem wielokrotne stykanie się z wzorcem idealnej sylwetki może skłaniać takie osoby do korekty własnego stylu życia w kierunku prozdrowotnym, a nie do poszukiwania szybkich, a zarazem zagrażających zdrowiu sposobów osiągnięcia idealnej sylwetki.

Tabela 118. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wykształcenie

	Tau Kendalla	p
Podstawowe/ zawodowe	0,17	0,057
Średnie	0,07	0,115
Wyższe	0,11	0,133

źródło: badania własne

Biorąc pod uwagę poziom wykształcenia mieszkańców województwa śląskiego- występuje zależność między sposobem percepcji kultu idealnego ciała, a zachowaniami zdrowotnymi w zakresie odżywiania w grupie z wykształceniem podstawowym lub zawodowym oraz z wykształceniem wyższym. Jest to zależność dodatnia, wśród osób z wykształceniem wyższym wartość p wskazuje, że nie jest ona statystycznie istotna.

Część diagnostyczna wskazała, iż osoby z wykształceniem wyższym charakteryzują się wysokim poziomem percepcji kultu idealnego ciała, a te z wykształceniem podstawowym lub zawodowym- umiarkowanym poziomem. W odniesieniu zaś do zachowań związanych z odżywianiem- największe natężenie prozdrowotnych zachowań przejawiają osoby z wyższym wykształceniem. Aczkolwiek zarówno w grupie z wykształceniem podstawowym lub zawodowym, jak i wyższym- wraz ze wzrostem poziomu percepcji kultu idealnego ciała rośnie też wartość zmiennej zależnej- zachowań związanych z odżywianiem.

Tabela 119. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na miejsce zamieszkania

	Tau Kendalla	p
Wieś/ małe miasto	0,13	0,005
Średnie miasto	-0,06	0,805
Duże miasto	0,07	0,181

źródło: badania własne

Analizując zależność między sposobem percepcji kultu idealnego ciała a zachowaniami zdrowotnymi w zakresie odżywiania pod względem miejsca zamieszkania, zauważyć można, że występuje zależność w kategorii wieś/ małe miasto. Zależność ta jest słaba, ale statystycznie istotna. Część diagnostyczna niniejszych badań wykazała, że w zakresie sposobu percepcji kultu idealnego ciała, mieszkańcy wsi i małych miast charakteryzują się umiarkowanym/przeciętnym stopniem percepcji tej grupy zjawisk. Natomiast wyniki w *Skali Zachowań Prozdrowotnych* wskazują na raczej prawidłowe zachowania zdrowotne w zakresie odżywiania (badani z tej grupy otrzymali najlepsze wyniki w porównaniu z pozostałymi grupami w ramach kategorii miejsca zamieszkania). Zatem mieszkańcy wsi i małych miast im bardziej dostrzegają kult idealnego ciała w przekazach medialnych, tym częściej podejmują prozdrowotne zachowania w zakresie odżywiania.

Lansowany przez media stereotyp idealnej sylwetki może skłaniać nie tylko do korekty własnego stylu życia w kierunku prozdrowotnym, ale również do osiągania szybkich (ale niekoniecznie zdrowych) efektów za pośrednictwem różnego rodzaju diet. Poniżej przeanalizowano również zależność między sposobem percepcji kultu idealnego ciała w przekazach kultury masowej, a stosowaniem diet (pytanie nr 11 z Autorskiego Kwestionariusza Podejmowanych Zachowań Zdrowotnych).

Tabela 120. Wyniki testu U Manna Whitneya dla sposobu percepcji kultu idealnego ciała i stosowania diet

	Z	p
Sposób percepcji kultu idealnego ciała	-1,27	0,205

źródło: badania własne

Wyniki wskazują na brak podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej- zatem nie ma różnicy w wynikach w zakresie poziomu percepcji kultu idealnego ciała a stosowaniem diet. Wiec zarówno mieszkańcy województwa śląskiego stosujący diety, jak i ci którzy takich diet nie stosują- charakteryzują się podobnym poziomem percepcji kultu idealnego ciała (wysokim).

Podsumowując ten podrozdział można stwierdzić, iż wyniki pozwalają na całościowe potwierdzenie hipotezy o następującej treści: „*Sposób percepcji promowanego w mediach kultu idealnego ciała koreluje z zachowaniami zdrowotnymi badanych w zakresie*

odżywiania ” będącej odpowiedzią na pierwszy problem badawczy szczegółowy części weryfikacyjnej, który brzmi: „Czy percepcja promowanego w mediach kultu idealnego ciała koreluje z zachowaniami zdrowotnymi badanych w zakresie odżywiania?”

Jak wykazała analiza, zależność ta jest dodatnia, zatem wraz ze wzrostem poziomu percepcji kultu idealnego ciała wśród mieszkańców województwa śląskiego, rośnie ilość przejawianych zachowań prozdrowotnych w zakresie odżywiania. Zależność ta dotyczy zarówno kobiet, mężczyzn, osób w wieku 36-65 lat oraz tych z wykształceniem podstawowym/ zawodowym i wyższym, a także mieszkańców wsi i małych miast.

Zatem w odniesieniu do mieszkańców województwa śląskiego, świadomość obecności zjawisk związanych z kultem idealnego ciała w mediach i mechanizmów kryjących się za ukazywanymi w mediach wizerunkami, skłania do właściwego odżywiania, być może właśnie po to, aby przybliżyć się do promowanych ideałów, aczkolwiek w sposób sprzyjający zdrowiu.

7.2. Weryfikacja zależności między sposobem percepcji kultu idealnego ciała a zachowaniami zdrowotnymi w zakresie dbałości o ciało i aktywności fizycznej mieszkańców województwa śląskiego

Kolejna przeanalizowana zależność dotyczy poziomu percepcji kultu idealnego ciała i zachowań zdrowotnych mieszkańców województwa śląskiego w zakresie dbałości o ciało i aktywności fizycznej. Hipoteza badawcza szczegółowa brzmi:

Sposób percepcji promowanego w mediach kultu idealnego ciała koreluje z zachowaniami zdrowotnymi badanych w zakresie dbałości o ciało i aktywności fizycznej.

Poniższe tabele zawierają informacje na temat współczynnika korelacji między tymi zmiennymi.

Tabela 121. Współczynnik korelacji tau Kendalla ogółem i w podziale ze względu płeć

	Tau Kendalla	p
k	0,01	0,870
m	0,06	0,331
Ogółem	0,02	0,537

źródło: badania własne

Biorąc pod uwagę zarówno wyniki ogółem, jak i w podziale na płeć, wartość współczynnika nie potwierdza występowania zależności między poziomem percepcji kultu idealnego ciała a zachowaniami zdrowotnymi w zakresie dbałości o ciało i aktywności fizycznej wśród mieszkańców województwa śląskiego. Kolejne tabele wykażą jak współczynnik korelacji rysuje się w odniesieniu do poszczególnych kategorii analitycznych.

Tabela 122. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wiek

	Tau Kendalla	p
18-35 lat	0,02	0,604
36-50 lat	0,04	0,573
51-65 lat	0,07	0,703

źródło: badania własne

Biorąc pod uwagę kategoryzację współczynnika korelacji ze względu na wiek respondentów, wartość tego współczynnika również wskazuje na brak zależności między poziomem percepcji kultu idealnego ciała a zachowaniami zdrowotnymi w zakresie dbałości o ciało i aktywności fizycznej w odniesieniu do poszczególnych grup wiekowych.

Tabela 123. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wykształcenie

	Tau Kendalla	p
Podstawowe/ zawodowe	0,16	0,062
Średnie	-0,01	0,795
Wyższe	0,03	0,669

źródło: badania własne

Analizując współczynnik korelacji pod względem poziomu wykształcenia respondentów, zauważyć można, iż wśród osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym występuje słaba dodatnia zależność między poziomem percepcji kultu idealnego ciała, a zachowaniami zdrowotnymi w zakresie dbałości o ciało i aktywności fizycznej. Część diagnostyczna niniejszej dysertacji wykazała, iż osoby z tej grupy charakteryzują się w większości umiarkowanym poziomem percepcji kultu idealnego ciała w przekazach

medialnych. Zaś analiza wyników otrzymanych za pośrednictwem Skali Zachowań Prozdrowotnych wskazuje na raczej umiarkowane natężenie zachowań prozdrowotnych w zakresie dbałości o ciało i aktywności fizycznej wśród osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym. Jednak współczynnik korelacji wskazuje na fakt, że wraz ze wzrostem poziomu percepcji kultu idealnego ciała, rośnie także natężenie zachowań prozdrowotnych w opisywanym obszarze (w grupie osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym).

Tabela 124. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu miejsce zamieszkania

	Tau Kendalla	p
Wieś/ małe miasto	0,05	0,320
Średnie miasto	0,26	0,270
Duże miasto	-0,01	0,814

źródło: badania własne

Natomiast biorąc pod uwagę wartość współczynnika korelacji w odniesieniu do kategoryzacji ze względu na miejsca zamieszkania, zauważyć można występowanie zależności (choć statystycznie nieistotnej) względem mieszkańców średnich miast. Badania diagnostyczne wykazały, że mieszkańcy średnich miast województwa śląskiego w zdecydowanej większości charakteryzują się umiarkowanym poziomem percepcji kultu idealnego ciała. Zaś zgodnie z analizą Skali Zachowań Prozdrowotnych, mieszkańcy średnich miast przejawiają umiarkowane natężenie zachowań prozdrowotnych w zakresie dbałości o ciało i aktywności fizycznej. Jednak biorąc pod uwagę wartość współczynnika korelacji- wraz ze wzrostem poziomu percepcji kultu idealnego ciała, zwiększa się poziom pozytywnych zachowań zdrowotnych w zakresie dbałości o ciało i aktywności fizycznej wśród mieszkańców średnich miast województwa śląskiego.

Przeanalizowano również kwestię zależności między poziomem percepcji kultu idealnego ciała w przekazach medialnych i natężeniem aktywności fizycznej mieszkańców województwa śląskiego (pytanie nr 18 z Kwestionariusza Podejmowanych Zachowań Zdrowotnych). Wyniki zawiera tabela poniżej.

Tabela 125. Wyniki testu Kruskalla Wallisa dla sposobu percepcji kultu idealnego ciała i aktywności fizycznej

	H	p
Sposób percepcji kultu idealnego ciała	1,376	0,927

źródło: badania własne

Wyniki wskazują na brak podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej- zatem nie ma różnicy w wynikach w zakresie poziomu percepcji kultu idealnego ciała a natężeniem aktywności fizycznej. Zarówno mieszkańcy województwa śląskiego bardziej aktywni fizycznie, jak i ci którzy są mniej aktywni- charakteryzują się podobnym poziomem percepcji kultu idealnego ciała (wysokim).

Wyniki poddane analizie w tym podrozdziale, nie pozwalają na całościowe potwierdzenie hipotezy o następującej treści:

Sposób percepcji promowanego w mediach kultu idealnego ciała koreluje z zachowaniami zdrowotnymi badanych w zakresie dbałości o ciało i aktywności fizycznej.

Właściwa odpowiedź na postawione pytanie badawcze: „Czy *sposób percepcji promowanego w mediach kultu idealnego ciała koreluje z zachowaniami zdrowotnymi badanych w zakresie dbałości o ciało i aktywności fizycznej?*” powinna brzmieć: „*Sposób percepcji promowanego w mediach kultu idealnego ciała nie koreluje z zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie dbałości o ciało i aktywności fizycznej*”. Jednak wyniki testów statystycznych pozwalają na potwierdzenie hipotezy częściowo- w odniesieniu do następujących grup respondentów: *osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym oraz mieszkańców średnich miast*. W wypadku tych grup- im wyższy poziom percepcji kultu idealnego ciała, tym wyższe natężenie prozdrowotnych zachowań w zakresie aktywności fizycznej i dbałości o ciało. Zatem świadomość obecności zjawisk związanych z kultem idealnego ciała w wypadku ww. respondentów, może skłaniać ich do większej aktywności fizycznej, czyli do pracy nad własną sylwetką, a więc w tym wypadku uwidacznia się pozytywne znaczenie przekazów medialnych i potencjał mass mediów w promowaniu zdrowego stylu życia.

7.3. Weryfikacja zależności między sposobem percepcji kultu idealnego ciała a postrzeganiem własnego ciała przez mieszkańców województwa śląskiego

Trzecia przeanalizowana zależność dotyczy poziomu percepcji kultu idealnego ciała i postrzegania własnego ciała przez mieszkańców województwa śląskiego. Hipoteza badawcza w tym zakresie brzmi:

Sposób percepcji promowanego w mediach kultu idealnego ciała koreluje z postrzeganiem własnego ciała przez badanych.

Poniższe tabele zawierają informacje na temat współczynnika korelacji między tymi zmiennymi.

Tabela 126. Współczynnik korelacji tau Kendalla ogółem i w podziale ze względu na płeć

	Tau Kendalla	p
k	0,19	0,010
m	0,24	0,211
Ogółem	0,11	0,001

źródło: badania własne

Współczynnik korelacji wskazuje, iż występuje zależność między poziomem percepcji kultu idealnego ciała w przekazach medialnych, a sposobem postrzegania własnego ciała przez mieszkańców województwa śląskiego ogółem oraz biorąc pod uwagę kategoryzację ze względu na płeć (zarówno ogółem jak i w wypadku kobiet- zależność ta jest statystycznie istotna). Oznacza to, że w im większym stopniu badani dostrzegają obecność zjawisk związanych z kultem idealnego ciała w przekazach medialnych, tym bardziej adekwatniej do rzeczywistości, oceny własnej sylwetki dokonują. Zatem wysoki poziom świadomości w zakresie obecności kultu idealnego ciała w kulturze masowej może determinować właściwe postrzeganie własnego ciała. Osoby, które wiedzą co kryje się za prezentowanymi w mediach wizerunkami, czyli potrafią właściwie (w sposób krytyczny) interpretować docierające do nich obrazy, nie mają tendencji do dokonywania nazbyt rygorystycznej oceny własnego ciała.

Tabela 127. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wiek

	Tau Kendalla	p
18-35 lat	0,00	0,969
36-50 lat	0,16	0,025
51-65 lat	0,13	0,513

źródło: badania własne

Biorąc pod uwagę kategorie wieku mieszkańców województwa śląskiego, współczynnik korelacji wskazuje na występowanie zależności między stopniem percepcji kultu idealnego ciała a sposobem postrzegania własnego ciała przez mieszkańców województwa śląskiego w grupie wiekowej 36-50 lat (zależność ta jest istotna statystycznie). oraz 51-65 lat. W tych grupach wiekowych prawdopodobnie występuje większa umiejętność dokonywania krytycznej oceny dyskursów medialnych (niż wśród osób bardzo młodych), a co za tym idzie może występować też większa świadomość w zakresie mechanizmów jakim podlegają przekazy medialne i wizerunki w nich prezentowane. Zatem owa świadomość może stanowić element ochronny, bowiem dzięki niej odbiorca stykając się wielokrotnie z prezentowanymi w mediach wyidealizowanymi wizerunkami, patrzy na siebie i swoje ciało w sposób realistyczny. Warto zatem informacje te wykorzystać w celu projektowania i wdrażania programów edukacyjnych.

Tabela 128. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wykształcenie

	Tau Kendalla	p
Podstawowe/ zawodowe	0,04	0,248
Średnie	-0,02	0,655
Wyższe	0,22	0,013

źródło: badania własne

Analizując współczynnik korelacji z uwzględnieniem kategorii wykształcenia, zauważyć można zależność (słabą, dodatnią, statystycznie istotną) w odniesieniu do osób z wyższym wykształceniem. Zatem im wyższy poziom percepcji kultu idealnego ciała w odniesieniu do osób z wyższym wykształceniem, tym bardziej adekwatna do rzeczywistości ocena własnej sylwetki. Co ciekawe, jak wskazuje część diagnostyczna

niniejszych badań, osoby z wykształceniem wyższym jako jedyna grupa w kategorii wykształcenia, charakteryzują się wysokim poziomem percepcji kultu idealnego ciała. Zatem w tym wypadku wykształcenie (jako zmienna socjodemograficzna) może warunkować świadomość w zakresie mechanizmów kreowania nienaturalnych wizerunków w przekazach kultury masowej o charakterze wizualnym. Zaś świadomość ta przekłada się na sposób dokonywania oceny własnego wyglądu. Fakt ten może mieć istotne znaczenia w praktyce edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Tabela 129. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na miejsce zamieszkania

	Tau Kendalla	p
Wieś/ małe miasto	0,09	0,059
Średnie miasto	-0,32	0,175
Duże miasto	-0,03	0,532

źródło: badania własne

Odnosząc się do kategorii miejsca zamieszkania respondentów, współczynnik korelacji nie wskazuje na występowanie zależności w żadnej grupie, jedynie wśród mieszkańców wsi i małych miast wartość prawdopodobieństwa obserwowanego wskazuje na tendencję do zależności.

Zatem podsumowując ten podrozdział można stwierdzić, iż wyniki pozwalają na całościowe potwierdzenie hipotezy o następującej treści: *„Sposób percepcji promowanego w mediach kultu idealnego ciała koreluje ze sposobem postrzegania własnego ciała przez mieszkańców województwa śląskiego”* będącej odpowiedzią na problem badawczy części weryfikacyjnej, który brzmi: *„Czy percepcja promowanego w mediach kultu idealnego ciała koreluje z postrzeganiem własnego ciała przez badanych?”*

Omawiana zależność dotyczy zwłaszcza kobiet, osób w przedziale wiekowym 36-65 lat, tych z wykształceniem wyższym oraz mieszkańców wsi i małych miast. Zależność ta jest dodatnia, zatem im wyższy poziom percepcji kultu idealnego ciała i świadomość w zakresie zjawisk wchodzących w jego skład, tym bardziej adekwatna do rzeczywistości ocena własnego wyglądu.

7.4. Weryfikacja zależności między sposobem percepcji seksualizacja kultury a zachowaniami seksualnymi mieszkańców województwa śląskiego

Kolejna przeanalizowana zależność dotyczy poziomu percepcji zjawisk związanych z seksualizacją życia w przekazach medialnych i zachowaniami seksualnymi mieszkańców województwa śląskiego. Hipoteza badawcza szczegółowa brzmi:

Sposób percepcji obecnej w przekazach medialnych seksualizacji kultury koreluje z zachowaniami seksualnymi mieszkańców województwa śląskiego

Poniższe tabele zawierają informacje na temat współczynnika korelacji między tymi zmiennymi.

Tabela 130. Współczynnik korelacji tau Kendalla ogółem i w podziale ze względu na płeć

	Tau Kendalla	p
k	0,04	0,305
m	-0,02	0,729
Ogółem	0,02	0,500

źródło: badania własne

Wartość współczynnika korelacji w tym wypadku wskazuje na brak występowania zależności między sposobem percepcji seksualizacji życia a zachowaniami seksualnymi mieszkańców województwa śląskiego, zarówno ogółem jak i w podziale ze względu na płeć.

Tabela 131. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wiek

	Tau Kendalla	p
18-35 lat	-0,01	0,866
36-50 lat	0,07	0,357
51-65 lat	-0,06	0,775

źródło: badania własne

Wartość współczynnika korelacji w tym wypadku również nie potwierdza występowania zależności w odniesieniu do żadnej grupy wiekowej.

Tabela 132. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wykształcenie

	Tau Kendalla	p
Podstawowe/ zawodowe	0,08	0,336
Średnie	-0,03	0,560
Wyższe	0,05	0,503

źródło: badania własne

Odnosząc się natomiast do kategorii wykształcenia, wartość współczynnika korelacji nie wskazuje na występowanie zależności między sposobem percepcji seksualizacji życia a zachowaniami seksualnymi mieszkańców województwa śląskiego w żadnej grupie względem poziomu wykształcenia.

Tabela 133. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na miejsce zamieszkania

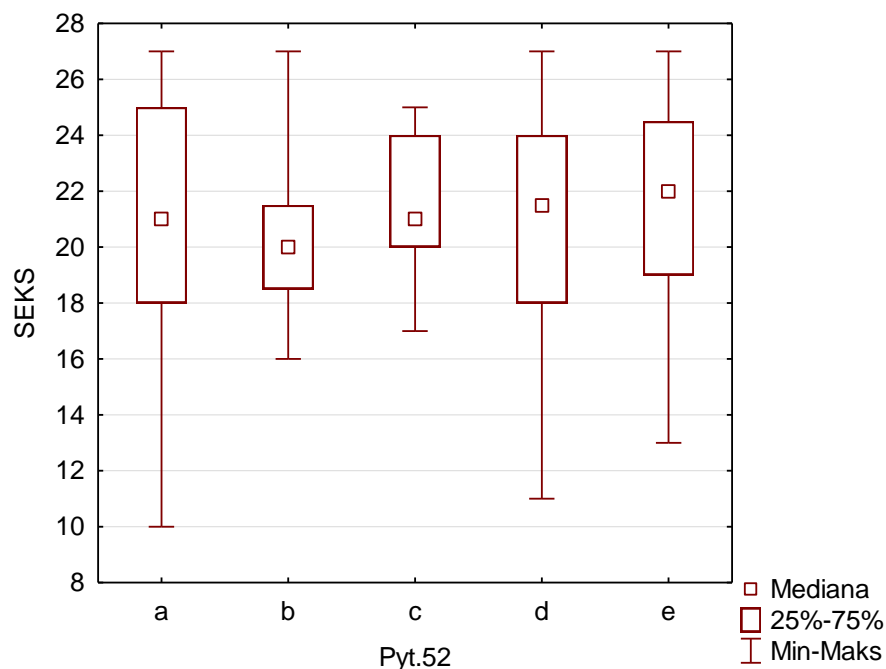
	Tau Kendalla	p
Wieś/ małe miasto	0,03	0,490
Średnie miasto	0,00	1,000
Duże miasto	0,02	0,703

źródło: badania własne

Względem kategorii miejsca zamieszkania respondentów również nie występuje zależność między sposobem percepcji seksualizacji życia a zachowaniami seksualnymi.

Zdecydowano również sprawdzić zależność między sposobem percepcji seksualizacji życia a deklarowaną liczbą partnerów seksualnych (pytanie nr 52 z Kwestionariusza Podejmowanych Zachowań Zdrowotnych).

Wykres 5. Pozycyjne statystyki opisowe poziomu percepcji seksualizacji względem kategorii odpowiedzi pytania 52 (liczba partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku)



źródło: badania własne

Legenda:

a: 1-2 partnerów
b: 3-4 partnerów
c: 5-6 partnerów
d: 7 i więcej
e: żadnego

Tabela 134. Wyniki testu Kruskala Wallisa dla sposobu percepcji seksualizacji życia i liczb partnerów seksualnych

	H	p
Seksualizacja życia	3,792	0,434

źródło: badania własne

Na rysunku można zauważyć, że wraz ze wzrostem liczby partnerów rośnie poziom percepcji seksualizacji życia (z wyjątkiem pierwszej i ostatniej kategorii). W przypadku deklarowanego braku partnerów seksualnych poziom percepcji seksualizacji życia jest najwyższy. Wartość prawdopodobieństwa obserwowanego wskazuje, iż różnice te nie są istotne statystycznie, jednak ze względu na specyfikę analizowanych zjawisk, warto zwrócić uwagę nawet na te zależności i korelacje, które ze statystycznego punktu widzenia mogą wydawać się nieistotne.

Jednak biorąc pod uwagę obiektywne przesłanki, nie można całościowo potwierdzić hipotezy o następującej treści: *Sposób percepcji obecnej w przekazach medialnych seksualizacji życia koreluje z zachowaniami seksualnymi mieszkańców województwa śląskiego*. Właściwa odpowiedź na postawione pytanie badawcze: „Czy sposób percepcji obecnej w przekazach medialnych seksualizacji kultury koreluje z zachowaniami seksualnymi mieszkańców województwa śląskiego?” powinna brzmieć: „*Sposób percepcji obecnej w przekazach medialnych seksualizacji kultury nie koreluje z zachowaniami seksualnymi mieszkańców województwa śląskiego*”. Jednakże analiza statystyczna z uwzględnieniem posiadanej przez badanych liczby partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku, ukazuje, iż poziom percepcji seksualizacji życia jest najwyższy w wypadku osób nieposiadających żadnego partnera seksualnego w ciągu ostatniego roku.

7.5. Weryfikacja zależności między sposobem percepcji prymatu przyjemności natychmiastowości i konsumpcji a zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie odżywiania

Zależność poddana weryfikacji w tym podrozdziale dotyczy poziomu percepcji zjawisk związanych prymatem przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji w przekazach medialnych i zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie odżywiania. Hipoteza badawcza szczegółowa weryfikowana w tym podrozdziale brzmi:

Sposób percepcji obecnego w przekazach medialnych prymatu przyjemności natychmiastowości i konsumpcji koreluje z zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie odżywiania.

Poniższe tabele zawierają szczegółowe informacje na temat współczynnika korelacji między poszczególnymi zmiennymi.

Tabela 135. Współczynnik korelacji tau Kendalla ogółem i w podziale ze względu na płeć

	Tau Kendalla	p
k	0,1	0,075
m	0,19	0,002
Ogółem	0,11	0,001

źródło: badania własne

Analizując wartość współczynnika korelacji zauważyć można dodatnią korelację między poziomem percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie odżywiania, zarówno ogółem jak i w podziale na kategorię płci. Co ważne zależność ta jest statystycznie istotna, na co wskazuje wartość prawdopodobieństwa obserwowanego. Zatem wraz ze wzrostem świadomości rozpowszechnienia w przekazach medialnych idei przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji, rośnie natężenie prozdrowotnych zachowań w zakresie odżywiania, wśród mieszkańców województwa śląskiego ogółem jak i w podziale ze względu na płeć.

Tabela 136. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wiek

	Tau Kendalla	p
18-35 lat	0,08	0,038
36-50 lat	0,12	0,105
51-65 lat	0,33	0,088

źródło: badania własne

Wartość współczynnika korelacji w odniesieniu do poszczególnych kategorii wieku wskazuje na występowanie zależności w grupie wiekowej 36-50 lat oraz 51-65 lat. Zatem w tych grupach wiekowych wraz ze wzrostem świadomości występowania w przekazach medialnych prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji, rośnie natężenie prawidłowych zachowań w zakresie odżywiania. Część diagnostyczna wykazała, że osoby w tych dwóch grupach wiekowych charakteryzują się wysokim poziomem percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji (w przeciwieństwie do grupy wiekowej 18-35 lat, gdzie poziom ten jest umiarkowany) oraz znacznym natężeniem prozdrowotnych zachowań w zakresie odżywiania. Świadczy to zapewne o wysokiej świadomości w zakresie promowanego przez media stylu życia. Świadomość ta powoduje zatem, iż osoby te nie poddają się medialnym zachętom do sięgania po produktu „ułatwiający życie” oraz niezdrowe, ale kojarzone z przyjemnością.

Tabela 137. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wykształcenie

	Tau Kendalla	p
Podstawowe/ zawodowe	0,01	0,909
Średnie	0,12	0,006
Wyższe	0,13	0,134

źródło: badania własne

Odnosząc się do kategorii wykształcenia można zauważyć, że współczynnik korelacji wskazuje na występowanie zależności dla grupy z wykształceniem średnim oraz wyższym. W grupach tych wraz ze wzrostem stopnia percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji, rośnie natężenie prozdrowotnych zachowań w zakresie odżywiania. W kategorii osób z wyższym wykształceniem (jak wykazano w części diagnostycznej) poziom percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji jest wysoki, podobnie natężenie prozdrowotnych zachowań związanych z odżywianiem jest najwyższy (w porównaniu z pozostałymi grupami). Zatem osoby z wykształceniem wyższym charakteryzuje wysoka świadomość w tym zakresie, co przekłada się jednocześnie na dokonywanie prozdrowotnych wyborów.

Tabela 138. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na miejsce zamieszkania

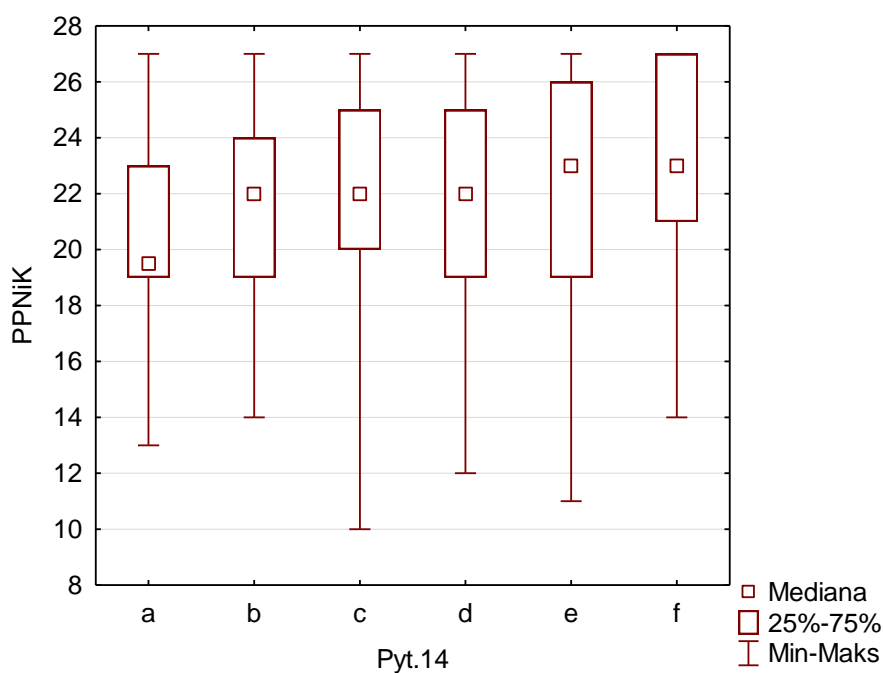
	Tau Kendalla	p
Wieś/ małe miasto	0,10	0,025
Średnie miasto	0,40	0,087
Duże miasto	0,09	0,074

źródło: badania własne

Biorąc pod uwagę kategorie miejsca zamieszkania respondentów- zależność występuje w odniesieniu do mieszkańców wsi/ małych miast oraz średnich miast (w tym wypadku jest to zależność o średnim nasileniu). Odnosząc się do części diagnostycznej- mieszkańcy wsi lub małych miast charakteryzują się największym nasileniem zachowań prozdrowotnych w zakresie odżywiania, a wartość współczynnika korelacji ukazuje, że poziom percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji może mieć znaczenie dla podejmowania tychże zachowań.

Dodatkowo przeanalizowaną kwestią jest związek między poziomem percepcji prymatu natychmiastowości, przyjemności i konsumpcji a częstością spożywania żywności typu fast-food (pytanie nr 14 z Kwestionariusza Podejmowanych Zachowań Zdrowotnych). Informacje na ten temat znajdują się poniżej.

Wykres 6. Pozycyjne statystyki opisowe poziomu percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji względem kategorii odpowiedzi pytania 14 (częstość spożywania fast-foodów)



źródło: badania własne

Legenda:

- a: Kilka razy w tygodniu;
- b: Raz w tygodniu;
- c: Kilka razy w miesiącu;
- d: Raz w miesiącu
- e: Rzadziej niż raz w miesiącu
- f: Wcale;

Tabela 139. Wyniki testu Kruskala Wallisa dla sposobu percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji i częstości spożywania fast- foodów

	H	p
Prymat przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji	10,374	0,065

źródło: badania własne

Powyższy rysunek wskazuje, że wraz z kolejnymi kategoriami odpowiedzi. rośnie wartość mediany w zakresie percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji. Zatem wyższy poziom percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji, odpowiada rzadszemu spożywaniu żywności typu fast- food. Choć wartość prawdopodobieństwa obserwowanego wskazuje na brak istotności statystycznej w tym zakresie, warto zwrócić uwagę na tę tendencję chociażby biorąc pod uwagę praktykę edukacji zdrowotnej, bowiem świadomość pewnych mechanizmów kreowania przez media określonego stylu życia⁵⁰⁷, może przyczynić się do większej odporności na działanie tychże mechanizmów.

Zatem istnieją przesłanki pozwalające na całościowe potwierdzenie hipotezy o następującej treści: *„Sposób percepcji obecnego w przekazach medialnych prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji koreluje z zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie odżywiania”* będącej odpowiedzią na problem badawczy części weryfikacyjnej, który brzmi: *„Czy percepcja obecnego w przekazach medialnych prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji koreluje z zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie odżywiania?”*

Występująca korelacja ma charakter dodatni, czyli wyższy poziom świadomości w zakresie obecności w przekazach medialnych prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji, przekłada się na większe natężenie prozdrowotnych zachowań w zakresie odżywiania wśród mieszkańców województwa śląskiego. Zależność ta dotyczy badanych ogółem, jak i w podziale na płeć. Ponadto występuje zwłaszcza w odniesieniu do osób w wieku od 36-65 lat, tych z wykształceniem średnim i wyższym oraz mieszkańców wsi i małych miast. Ponadto analiza wykazała, że im wyższy poziom percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji, tym rzadsze sięganie po żywność typu fast- food. Zatem świadomość kreowanego przez przekazy medialne stylu życia, może skłaniać mieszkańców województwa śląskiego do podejmowania zdrowych wyborów w zakresie odżywiania.

⁵⁰⁷ por. Z. Melosik, *Kultura popularna i tożsamość młodzieży. W niewoli władzy i wolności...* op. cit., s. 185-219.

7.6. Weryfikacja zależności między sposobem percepcji prymatu przyjemności natychmiastowości i konsumpcji a zachowaniami seksualnymi mieszkańców województwa śląskiego

Zależność przeanalizowana w tym podrozdziale dotyczy poziomu percepcji zjawisk związanych prymatem przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji w przekazach medialnych i zachowaniami seksualnymi mieszkańców województwa śląskiego. Hipoteza badawcza szczegółowa weryfikowana w tym podrozdziale brzmi:

Sposób percepcji obecnego w przekazach medialnych prymatu przyjemności natychmiastowości i konsumpcji koreluje z zachowaniami seksualnymi mieszkańców województwa śląskiego.

Poniższe tabele zawierają szczegółowe informacje na temat współczynnika korelacji między poszczególnymi zmiennymi.

Tabela 140. Współczynnik korelacji tau Kendalla ogółem i w podziale ze względu na płeć

	Tau Kendalla	p
k	0,03	0,505
m	0,05	0,356
Ogółem	0,04	0,269

źródło: badania własne

Wartość współczynnika korelacji w tym wypadku wskazuje na brak występowania zależności między sposobem percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji a zachowaniami seksualnymi mieszkańców województwa śląskiego, zarówno ogółem jak i w podziale ze względu na płeć.

Tabela 141. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wiek

	Tau Kendalla	p
18-35 lat	-0,01	0,893
36-50 lat	0,12	0,104
51-65 lat	-0,08	0,670

źródło: badania własne

Natomiast wartość współczynnika korelacji w odniesieniu do wieku respondentów wskazuje na występowanie zależności między sposobem percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji a zachowaniami seksualnymi w grupie wiekowej 36-50 lat. Analiza skali w zakresie zachowań seksualnych wykazała, iż respondenci w wieku 36-50 lat uzyskali największą liczbę punktów w tej skali (w porównaniu z pozostałymi grupami wiekowymi), zaś w odniesieniu do poziomu percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji, badani z tej grupy wiekowej charakteryzują się wysokim poziomem percepcji. Zatem świadomość osób w tym przedziale wiekowym, w zakresie zjawisk związanych z prymatem przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji jest wysoka. Zgodnie z wartością współczynnika korelacji można wysnuć wniosek, iż świadomość ta przekłada się na ich prawidłowe zachowania zdrowotne związane ze sferą seksualną.

Tabela 142. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wykształcenie

	Tau Kendalla	p
Podstawowe/ zawodowe	0,04	0,628
Średnie	0,02	0,726
Wyższe	0,03	0,730

źródło: badania własne

Wartość współczynnika korelacji w odniesieniu do poziomu wykształcenia wskazuje na brak występowania zależności.

Tabela 143. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na miejsce zamieszkania

	Tau Kendalla	p
Wieś/ małe miasto	0,02	0,742
Średnie miasto	0,13	0,569
Duże miasto	0,06	0,259

źródło: badania własne

Z kolei odnosząc się do poszczególnych kategorii w ramach miejsca zamieszkania zauważyć można (biorąc pod uwagę wartość współczynnika korelacji) występowanie zależności wyłącznie w odniesieniu do mieszkańców średnich miast. W wypadku tej grupy

wraz ze wzrostem poziomu percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji, rośnie natężenie prawidłowych zachowań seksualnych.

Biorąc pod uwagę powyższą analizę, stwierdza się brak przesłanek do całościowego potwierdzenia hipotezy o następującej treści:

Sposób percepcji obecnego w przekazach medialnych prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji koreluje z zachowaniami seksualnymi mieszkańców województwa śląskiego. Właściwa odpowiedź na postawione pytanie badawcze: „Czy sposób percepcji obecnego w przekazach medialnych prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji koreluje z zachowaniami seksualnymi mieszkańców województwa śląskiego?” powinna brzmieć: „Sposób percepcji obecnego w przekazach medialnych prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji nie koreluje z zachowaniami seksualnymi mieszkańców województwa śląskiego”.

Jednakże warto nadmienić, iż wyniki testów statystycznych pozwalają na częściowe potwierdzenie omawianej hipotezy- wskazują bowiem na występowanie zależności w odniesieniu do osób w przedziale wiekowym 36-50 lat oraz mieszkańców średnich miast. W wypadku tych grup respondentów- im wyższy poziom percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji, tym wyższe natężenie prawidłowych zachowań seksualnych.

7.7. Weryfikacja zależności między sposobem percepcji prymatu przyjemności natychmiastowości i konsumpcji a zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie korzystania z używek

Zależność poddana weryfikacji dotyczy poziomu percepcji zjawisk związanych z prymatem przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji w przekazach medialnych i zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie korzystania z używek. Hipoteza badawcza szczegółowa analizowana w tym podrozdziale brzmi:

Sposób percepcji obecnego w przekazach medialnych prymatu przyjemności natychmiastowości i konsumpcji koreluje z zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie korzystania z używek.

Poniższe tabele zawierają szczegółowe informacje na temat współczynnika korelacji między poszczególnymi zmiennymi.

Tabela 144. Współczynnik korelacji tau Kendalla ogółem i w podziale ze względu płeć

	Tau Kendalla	p
k	0,09	0,039
m	0,01	0,816
Ogółem	0,06	0,075

źródło: badania własne

Wartość współczynnika korelacji w odniesieniu do respondentów ogółem oraz biorąc pod uwagę podział ze względu na płeć, nie wskazuje na występowanie zależności. Jedynie wartość prawdopodobieństwa obserwowanego wskazuje na statystycznie istotne tendencje do zależności w odniesieniu do kobiet oraz do badanych ogółem.

Tabela 145. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu wiek

	Tau Kendalla	p
18-35 lat	0,04	0,292
36-50 lat	0,04	0,611
51-65 lat	0,54	0,005

źródło: badania własne

Odnosząc się do kategorii wiek, współczynnik korelacji wskazuje na występowanie zależności w grupie wiekowej 51-65 lat (zależność o średnim nasileniu, statystycznie istotna). W tej grupie wiekowej wraz ze wzrostem poziomu percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji rośnie natężenie prawidłowych zachowań w zakresie korzystania z używek. Jak wskazuje analiza Skali Zachowań Prozdrowotnych, w tej grupie wiekowej występuje wysoki poziom zachowań prawidłowych dotyczących korzystania z używek. Zaś wyniki uzyskane za pośrednictwem Skali Percepcji Kultury Masowej ukazują wysoki poziom percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji w tej grupie wiekowej. Zatem w wypadku osób w wieku 51-65 lat, wysoki poziom percepcji zjawisk związanych z prymatem przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji przekłada się na prawidłowe zachowania w zakresie korzystania z używek.

Tabela 146. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wykształcenie

	Tau Kendalla	p
Podstawowe/ zawodowe	-0,05	0,606
Średnie	0,02	0,591
Wyższe	0,24	0,002

źródło: badania własne

Kategoryzacja współczynnika korelacji, względem poziomu wykształcenia wskazuje na występowanie zależności w odniesieniu do osób z wykształceniem wyższym (słaba zależność, statystycznie istotna). Oznacza to, że poziom wykształcenia może mieć związek z wysokim poziomem percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji (jak wskazuje część diagnostyczna poziom ten w odniesieniu do osób z wyższym wykształceniem jest wysoki), co z kolei przekłada się na duże natężenie zachowań prozdrowotnych w zakresie korzystania z używek.

Tabela 147. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na miejsce zamieszkania

	Tau Kendalla	p
Wieś/ małe miasto	-0,04	0,367
Średnie miasto	-0,16	0,506
Duże miasto	0,17	0,002

źródło: badania własne

Kategoryzacja współczynnika korelacji ze względu na miejsce zamieszkania wskazuje na przeciwną zależność w odniesieniu do mieszkańców średnich miast. W wypadku tych osób wraz ze wzrostem poziomu percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji, spada natężenie prawidłowych zachowań zdrowotnych w zakresie korzystania z używek (w odniesieniu do tej grupy osób, poziom percepcji jest najniższy- w porównaniu z pozostałymi grupami). Oznacza to, iż mimo świadomości promowanego przez przekazy medialne stylu życia, podejmują zachowania ryzykowne zgodne z wyznacznikami owego

stylu życia (*typu instant*⁵⁰⁸). Z kolei w odniesieniu do mieszkańców dużych miast, występuje dodatnia zależność, co oznacza, iż wraz ze wzrostem poziomu percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji- rośnie natężenie prozdrowotnych zachowań w zakresie korzystania z używek. Część diagnostyczna wskazała, że mieszkańcy dużych miast charakteryzują się jednak umiarkowanym poziomem percepcji tych zjawisk.

Mimo występowania zależności w odniesieniu do niektórych kategorii analitycznych, obiektywne przesłanki wskazują, że nie można całościowo potwierdzić hipotezy o następującej treści:

Sposób percepcji obecnego w przekazach medialnych prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji koreluje z zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie korzystania z używek.

Właściwa odpowiedź na postawione pytanie badawcze: „Czy sposób percepcji obecnego w przekazach medialnych prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji koreluje z zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie korzystania z używek?” powinna brzmieć: „Sposób percepcji obecnego w przekazach medialnych prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji nie koreluje z zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie korzystania z używek”.

Jednakże wyniki testów statystyczny wskazują, iż w odniesieniu do osób w wieku 51-65 lat występuje zależność między poziomem percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji, a korzystaniem z używek- im wyższy poziom percepcji tego zjawiska, tym wyższy poziom zachowań prozdrowotnych w zakresie korzystania z używek. Podobnie rzecz się ma w odniesieniu do osób z wykształceniem wyższym oraz mieszkańców dużych miast. Natomiast w odniesieniu do mieszkańców średnich miast zależność ta ma charakter przeciwny- wraz ze wzrostem poziomu percepcji, maleje natężenie pozytywnych zachowań w zakresie korzystania z używek. Zatem można powiedzieć, iż mieszkańcy średnich miast dostrzegają i są świadomi promowanego przez media stylu życia opartego o konsumpcję, przyjemność, osiąganie natychmiastowych rezultatów i świadomość ta skłania ich do korzystania z używek. Można wysunąć tezę, iż korzystanie z używek przez mieszkańców średnich miast stanowi właśnie przejaw prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji obecnego w kulturze masowej, bowiem używki mają takie

⁵⁰⁸ por. Z. Melosik, Kultura popularna i tożsamość młodzieży. W niewoli władzy i wolności... op. cit., s. 221-238.

właśnie piętno- pozwalają uzyskać efekty natychmiastowe, bez wątplenia są związane z konsumpcją, a często bywają też kojarzone z odczuwaniem przyjemności.

7.8. Weryfikacja zależności między sposobem percepcji prymatu przyjemności natychmiastowości i konsumpcji a zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego związanymi ze zdrowiem psychospołecznym

Zależność przeanalizowana w tym podrozdziale dotyczy poziomu percepcji zjawisk związanych z prymatem przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji w przekazach medialnych i zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie zdrowia psychospołecznego. Hipoteza badawcza szczegółowa analizowana w tym podrozdziale brzmi:

Sposób percepcji obecnego w przekazach medialnych prymatu przyjemności natychmiastowości i konsumpcji koreluje z zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie zdrowia psychospołecznego.

Poniższe tabele zawierają szczegółowe informacje na temat współczynnika korelacji między poszczególnymi zmiennymi.

Tabela 148. Współczynnik korelacji tau Kendalla ogółem i w podziale ze względu na płeć

	Tau Kendalla	p
k	-0,01	0,782
m	0,10	0,109
Ogółem	0,04	0,300

źródło: badania własne

Współczynnik korelacji wskazuje na brak zależności między poziomem percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji a zachowaniami zdrowotnymi w zakresie zdrowia psychospołecznego- w odniesieniu do kobiet oraz respondentów ogółem, zaś w wypadku mężczyzn można mówić o zależności. Oznacza to, iż u mężczyzn większy poziom świadomości w zakresie zjawisk związanych z prymatem przyjemności natychmiastowości i konsumpcji, przekłada się na większe natężenie zachowań

prozdrowotnych w zakresie zdrowia psychospołecznego (w wypadku mężczyzn natężenie tych zachowań jest raczej wysokie- co wynika z części diagnostycznej).

Tabela 149. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wiek

	Tau Kendalla	p
18-35 lat	0,00	0,963
36-50 lat	0,10	0,166
51-65 lat	0,24	0,209

źródło: badania własne

Współczynnik korelacji wskazuje na występowanie zależności w odniesieniu do grupy wiekowej 51-65 lat. Zatem w najstarszej grupie wiekowej, charakteryzującej się wysokim poziomem percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji (zgodnie z badaniami diagnostycznymi niniejsze dysertacji), wraz ze wzrostem tejże świadomości, zwiększa się też natężenie prawidłowych zachowań w zakresie zdrowia psychospołecznego (natężenie to również osiąga wysoki poziom w tej grupie wiekowej). Zatem analiza tej kwestii ukazuje ponownie, iż wiek może stanowić predyktor świadomości w zakresie mechanizmów kierujących światem mediów, bowiem osoby w dojrzałym wieku bardzo często wykazują większą dozę krytycyzmu w odniesieniu do przekazów medialnych. Przesłanka ta może być istotna z punktu widzenia praktyki pedagogicznej- edukację (m.in. medialną) należy kierować zwłaszcza do ludzi młodych, aby uczyć ich krytycznej analizy dyskursów medialnych i zwiększać świadomość w tym zakresie.

Tabela 150. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wykształcenie

	Tau Kendalla	p
Podstawowe/ zawodowe	0,08	0,344
Średnie	0,01	0,805
Wyższe	0,04	0,619

źródło: badania własne

Kategoryzacja współczynnika korelacji z uwzględnieniem poziomu wykształcenia nie potwierdza występowania zależności w odniesieniu do żadnej kategorii analitycznej w tym zakresie.

Tabela 151. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na miejsce zamieszkania

	Tau Kendalla	p
Wieś/ małe miasto	-0,05	0,328
Średnie miasto	-0,35	0,133
Duże miasto	0,18	0,001

źródło: badania własne

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania badanych, zależność między poziomem percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji, a natężeniem prawidłowych zachowań w zakresie zdrowia psychospołecznego, zauważyć można w odniesieniu do mieszkańców miast średnich- zależność przeciwną, zatem wraz ze wzrostem zmiennej niezależnej (percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji) spada wartość zmiennej zależnej (prawidłowych zachowań związanych ze zdrowiem psychospołecznym). Z kolei w odniesieniu do mieszkańców dużych miast zależność ta jest dodatnia i statystycznie istotna, zatem wraz ze wzrostem poziomu percepcji analizowanych zjawisk obecnych w przekazach medialnych, rośnie natężenie prawidłowych zachowań zdrowotnych dotyczących zdrowia psychospołecznego.

Mimo, iż współczynnik korelacji wskazuje na występowania zależności w odniesieniu do niektórych kategorii analitycznych, ogólne wyniki w ramach niniejszego podrozdziału nie pozwalają na całościowe potwierdzenie hipotezy badawczej o następującej treści:

Sposób percepcji obecnego w przekazach medialnych prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji koreluje z zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie zdrowia psychospołecznego.

Właściwa odpowiedź na postawione pytanie badawcze: „Czy sposób percepcji obecnego w przekazach medialnych prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji koreluje z zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie zdrowia psychospołecznego?” powinna brzmieć: „Sposób percepcji obecnego w przekazach medialnych prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji nie koreluje z zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie zdrowia psychospołecznego”. Mimo to, przesłanki pozwalają na częściowe potwierdzenie hipotezy, bowiem wyniki testów statystycznych wskazują na występowanie zależności między poziomem percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji,

a zachowaniami zdrowotnymi w zakresie zdrowia psychospołecznego w odniesieniu do mężczyzn, osób w wieku 51-65 lat oraz mieszkańców dużych miast. Zatem im wyższy poziom percepcji (w odniesieniu do ww. grup respondentów), tym wyższy poziom natężenia pozytywnych zachowań w zakresie zdrowia psychospołecznego. Świadomość w tym wypadku przekłada się na działanie mające na celu ochronę zdrowia psychospołecznego. Warto jednak wskazać, iż w odniesieniu do mieszkańców średnich miast zależność ma charakter przeciwny, zatem im wyższy poziom świadomości prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji, tym niższe natężenia prawidłowych zachowań w zakresie zdrowia psychospołecznego. Stanowi to zapewne istotną wytyczną dla praktyki edukacyjnej.

7.9. Weryfikacja zależności między sposobem percepcji medykalizacji codziennego życia a zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie działań prewencyjnych

Jako ostatnią zweryfikowano zależność między poziomem percepcji zjawisk związanych z medykacją codziennego życia w przekazach medialnych i zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie działań prewencyjnych. Hipoteza badawcza szczegółowa analizowana w tym podrozdziale brzmi:

Sposób percepcji obecnej w przekazach medialnych medykalizacja codziennego życia koreluje z zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie działań prewencyjnych.

Poniższe tabele zawierają szczegółowe informacje na temat współczynnika korelacji między poszczególnymi zmiennymi (warto dodać, iż skala prawidłowych zachowań w zakresie działań prewencyjnych miała inne wartości dla kobiet oraz mężczyzn, dlatego analizując wyniki ogółem przedstawiona zmienna nie zawiera pytań odnoszących się wyłącznie do kobiet).

Tabela 152. Współczynnik korelacji tau Kendalla (zachowania prewencyjne- zmienna z różną liczbą punktów dla mężczyzn i kobiet) w podziale na płeć

	Tau Kendalla	p
k	0,08	0,065
m	0,07	0,217

źródło: badania własne

Współczynnik korelacji nie wskazuje na występowanie zależności między poziomem percepcji medykalizacji w przekazach medialnych, a działaniami prewencyjnymi w odniesieniu do kobiet (tutaj występuje jedynie tendencja do zależności) oraz do mężczyzn.

Tabela 153. Współczynnik korelacji tau Kendalla (zachowania prewencyjne- zmienna z ujednoliconą liczbą punktów dla kobiet i mężczyzn) ogółem i w podziale na płeć

	Tau Kendalla	p
k	0,07	0,116
m	0,07	0,217
Ogółem	0,07	0,043

źródło: badania własne

Wartość współczynnika korelacji wskazuje na brak zależności między sposobem percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji, a zachowaniami prewencyjnymi mieszkańców województwa śląskiego (w postaci zmiennej z ujednoliconą liczbą punktów dla kobiet i mężczyzn). Zależność ta nie występuje zarówno w odniesieniu do respondentów ogółem jak i w podziale z uwzględnieniem płci.

Tabela 154. Współczynnik korelacji tau Kendalla (zachowania prewencyjne- zmienna z ujednoliconą liczbą punktów dla kobiet i mężczyzn) w podziale na wiek

	Tau Kendalla	p
18-35 lat	0,00	0,928
36-50 lat	0,25	0,001
51-65 lat	0,26	0,182

źródło: badania własne

Kategoryzacja współczynnika korelacji z uwzględnieniem wieku badanych wskazuje na występowanie zależności w odniesieniu do przedziału wiekowego 51-65 lat oraz 36-50 lat (tutaj zależność jest statystycznie istotna). W tej grupie wiekowej, jak wskazała część diagnostyczna, poziom percepcji medykalizacji jest wysoki, a natężenie prawidłowych nawyków odnośnie działań prewencyjnych również znajduje się na wysokim poziomie (najwyższym w porównaniu z pozostałymi grupami wiekowymi). Zatem świadomość występowania medykalizacji w przekazach medialnych (zarówno jej negatywnych, jak i pozytywnych aspektów, związanych np. z promowaniem badań profilaktycznych) przekłada się w wypadku osób w wieku 36-50 lat oraz 51-65 lat na podejmowanie prawidłowych

zachowań prewencyjnych. Zatem w tym zakresie działania edukacyjny również powinny być kierowane do młodej części populacji, aby rozpowszechnić samokontrolę własnego zdrowia, między innymi dzięki przekazom medialnym (więcej na ten temat znajduje się w rozdziale wnioski i rekomendacje dla praktyki pedagogicznej).

Tabela 155. Współczynnik korelacji tau Kendalla (zachowania prewencyjne- zmienna z ujednoliconą liczbą pkt dla kobiet i mężczyzn) w podziale na wykształcenie

	Tau Kendalla	p
Podstawowe/ zawodowe	0,05	0,566
Średnie	0,00	0,958
Wyższe	0,24	0,002

źródło: badania własne

Współczynnik korelacji w podziale ze względu na poziom wykształcenia wskazuje na występowanie zależności statystycznie istotne w odniesieniu do osób z wyższym wykształceniem. W tym wypadku wysoki poziom percepcji medykaliacji, przekłada się na wysokie natężenie zachowań prozdrowotnych w zakresie działań prewencyjnych. Jak wykazano w części diagnostycznej, osoby z wykształcenie wyższym (jako jedyna grupa w kategorii wykształcenia) charakteryzują się wysokim poziomem percepcji medykaliacji w przekazach medialnych. Ponadto ta grupa respondentów charakteryzuje się bardzo wysokim natężeniem prawidłowych działań prewencyjnych (największym wśród wszystkich grup w ramach kategorii). Zatem ponownie wykazano, iż poziom wykształcenia (jako zmienna socjodemograficzna) może mieć znaczenia zarówno dla świadomości zdrowotnej, jak i dla świadomości w zakresie dyskursów medialnych.

Tabela 156. Współczynnik korelacji tau Kendalla (zachowania prewencyjne- zmienna z ujednoliconą liczbą pkt dla kobiet i mężczyzn) w podziale na miejsce zamieszkania

	Tau Kendalla	p
Wieś/ małe miasto	0,09	0,058
Średnie miasto	-0,20	0,396
Duże miasto	0,05	0,315

źródło: badania własne

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania respondentów, można stwierdzić przeciwną zależność w odniesieniu do mieszkańców średnich miast- tutaj wraz ze wzrostem poziomu percepcji medykalizacji, występuje spadek natężenia prawidłowych zachowań w zakresie działań prewencyjnych. W odniesieniu do tej grupy (zgodnie z częścią diagnostyczną) poziom percepcji medykalizacji znajduje się na umiarkowanym poziomie, podobnie jak natężenia działań prewencyjnych. Z kolei w odniesieniu do mieszkańców wsi lub małych miast, występuje tendencja do zależności.

Zatem biorąc pod uwagę obiektywne przesłanki nie można całościowo potwierdzić hipotezy o następującej treści:

Sposób percepcji obecnej w przekazach medialnych medykalizacja codziennego życia koreluje z zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego zakresie działań prewencyjnych. , jako właściwej odpowiedzi na postawione pytanie badawcze: „Czy sposób percepcji obecnej w przekazach medialnych medykalizacja codziennego życia koreluje z zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego zakresie działań prewencyjnych?”.

Natomiast wyniki testów statystycznych pozwalają na częściowe potwierdzenie powyższej hipotezy. Zależność między poziomem percepcji medykalizacji, a zachowaniami prewencyjnymi dotyczy respondentów w wieku 36-65 lat, osób z wykształceniem wyższym, mieszkańców wsi i małych miast oraz mężczyzn. W odniesieniu do tych osób, wyższa świadomość w zakresie machinacji medialnych dotyczących medykalizowania naszego życia, przekłada się na wyższy poziom prawidłowych zachowań prewencyjnych. Informacja ta świadczy zatem o pozytywnej stronie obecnej w mediach medykalizacji- wszechobecne informacje o zdrowiu i chorobach, mogą skłaniać ludzi do samokontroli własnego zdrowia.

Część weryfikacyjna pozwoliła na określenie ewentualnych zależności pomiędzy sposobem percepcji zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej, a wybranymi zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego. Poniższa tabela przedstawia (w sposób ogólny) względem jakich zależności, hipotezy badacze okazały się prawdziwe.

Tabela 157. Weryfikacja hipotez- zbiorczo

	Potwierdzona
<u>Zależność 1</u>	<u>Tak</u>
Zależność 2	Częściowo
<u>Zależność 3</u>	<u>Tak</u>
Zależność 4	Częściowo
<u>Zależność 5</u>	<u>Tak</u>
Zależność 6	Częściowo
Zależność 7	Częściowo
Zależność 8	Częściowo
Zależność 9	Częściowo

źródło: badania własne

Analiza statystyczna pozwoliła w sposób pozytywny i całościowy zweryfikować zależność między:

- Sposobem percepcji kultu idealnego ciała w przekazach medialnych a zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego związanymi z odżywianiem;
- Sposobem percepcji kultu idealnego ciała w przekazach medialnych a postrzeganiem własnego ciała mieszkańców przez województwa śląskiego;
- Sposobem percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji a zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie odżywiania.

Pozostałe hipotezy zostały potwierdzone częściowo- w odniesieniu do określonych grup respondentów. Należy bowiem pamiętać, że w związku ze specyfiką zjawisk pedagogicznych, w odniesieniu do których należy brać pod uwagę również węższy kontekst oraz indywidualny wymiar interpretacji tychże zjawisk⁵⁰⁹, informacje te (choć czasem statystycznie nieistotne) mogą zostać wykorzystane w praktyce edukacyjnej odnoszącej się wyłącznie do zbadanej populacji. Powyższe zależności (wraz z danymi pochodzącymi z części diagnostycznej) mogą stanowić fundament do konstruowania programów łączących edukację zdrowotną oraz edukację medialną⁵¹⁰, skierowaną do mieszkańców województwa śląskiego. Więcej informacji na temat możliwości wykorzystania wyników badań własnych zaprezentowanych w ramach niemiejszej pracy zawiera kolejny rozdział.

⁵⁰⁹ por. E. Zaręba, Badania empiryczne ilościowe i jakościowe w pedagogice, w: Orientacje w metodologii badań pedagogicznych, red. S. Palka, wyd. UJ, Kraków 1998, s. 43-45.

⁵¹⁰ por. Z. Melosik, Dyskursy zdrowia w społeczeństwie współczesnym: konteksty teoretyczne, red. Z. Melosik, w: Ciało i zdrowie..., op.cit., s. 23.

Wnioski z przeprowadzonych badań własnych oraz postulaty i rekomendacje dla praktyki pedagogicznej

„Umiejętność korzystania z mediów ma obecnie tak istotne znaczenie dla aktywności obywatelskiej, jak umiejętność czytania i pisanie na początku XIX wieku. Ma ona również kluczowe znaczenie dla umiejętności poruszania się w nowym szerokopasmowym świecie treści dostępnym wszędzie i w każdej chwili.”
Viviane Reding (Komisarz ds. społeczeństwa informatycznego i mediów UE)

Wyniki części diagnostycznej badań własnych wykazały, iż mieszkańcy województwa śląskiego charakteryzują się względnie dobrymi zachowaniami zdrowotnymi i właściwym postrzeganiem własnego ciała.

Badana populacja charakteryzuje się w większości adekwatnym do rzeczywistości obrazem ciała. W większości odczuwa też zadowolenie ze swojego wyglądu zewnętrznego, jednak należy podkreślić, iż w tym wypadku kobiety oraz mieszkańcy dużych miast odczuwają większe niezadowolenie z tego, jak wyglądają, w porównaniu z pozostałymi grupami. Być może w tym wypadku presja społeczno- kulturowa w zakresie dążenia do idealnego wyglądu jest intensywniejsza. Ponadto w ocenie własnego wyglądu mieszkańcy województwa śląskiego najczęściej biorą pod uwagę to, co widzą w lustrze, a ewentualnych zmian we własnym wyglądzie dokonaliby za pośrednictwem prozdrowotnych sposobów. Warto dodać, iż wskaźnik BMI zdecydowanej większości badanych mieści się w normie.

W zakresie odżywiania mieszkańcy województwa śląskiego przejawiają względnie prawidłowe zachowania zdrowotne. Spożywają właściwą ilość posiłków, sporą ilość owoców, nieco zbyt mało warzyw. Dość często sięgają też po słodkie, podjadają między posiłkami i sięgają po słodkie napoje. Raczej nie jedzą żywności typu *fast-food* i nie stosują specjalnych diet. Biorąc pod uwagę natężenie pozytywnych zachowań w zakresie odżywiania- najlepsze wyniki uzyskały kobiety, a także respondenci z najstarszej grupy wiekowej- 51- 65 lat oraz osoby z wykształceniem wyższym i mieszkańcy małych miast.

W zakresie aktywności fizycznej i dbałości o ciało mieszkańcy województwa śląskiego charakteryzują się prawidłowymi zachowaniami. Często podejmują aktywność fizyczną, co wyróżnia ich na tle średniej ogólnopolskiej. Ponadto, jako motywację do tych działań deklarują względy zdrowotne. Elementem, który mógłby ulec zmianie w kierunku bardziej prozdrowotnym jest intensywność aktywności fizycznej- mieszkańcy województwa śląskiego wybierają raczej formy ruchu o niskiej i umiarkowanej intensywności.

Biorąc pod uwagę natężenie pozytywnych zachowań w zakresie aktywności fizycznej, najlepsze wyniki uzyskały następujące grupy respondentów: mężczyźni, osoby w wieku 18-35 lat, respondenci z wykształceniem średnim oraz mieszkańcy wsi i małych miast.

Odnosząc się natomiast do zachowań prewencyjnych można stwierdzić, że mieszkańcy województwa śląskiego charakteryzują się raczej wysoką świadomością w zakresie konieczności regularnego wykonywania badań profilaktycznych, co pokazują poprzez regularne wykonywanie: badania krwi, moczu, pomiarów ciśnienia oraz wagi. W wypadku kobiet w większości regularnie wykonują one badania cytologiczne, aczkolwiek wyjątek stanowią mieszkanki wsi i małych miast oraz respondentki w wieku 18-35 lat i te z wykształceniem podstawowym lub zawodowym, które w większości wcale nie wykonują badań cytologicznych. Niepokojący jest także fakt, iż mieszkanki województwa śląskiego nie wykonują regularnego, comiesięcznego samobadania piersi.

Biorąc pod uwagę natężenie pozytywnych zachowań prewencyjnych, najlepsze wyniki uzyskały osoby w wieku 51-65 lat i badani z wykształceniem wyższym.

Badana populacja charakteryzuje się raczej bezpiecznymi zachowaniami seksualnymi, co przejawia się w posiadaniu stałych partnerów seksualnych, stosowaniu prezerwatyw, unikaniu przypadkowych kontaktów seksualnych. Najbardziej pozytywne zachowania seksualne przejawiają mieszkanki województwa śląskiego, osoby w wieku od 36- 65 lat, respondenci z wykształceniem średnim i wyższym oraz mieszkańcy wsi i małych miast.

Mieszkańcy województwa śląskiego raczej nie przejawiają ryzykowanych zachowań w zakresie korzystania z używek. Ich częstotliwość spożywania alkoholu jest bezpieczna (zgodna z przesłankami wykazanyymi w rozdziale teoretycznym), w większości nie palą i nie korzystają z substancji psychoaktywnych, choć spory odsetek badanych wskazał na epizodyczny kontakt z takimi substancjami.

W zakresie natężenia pozytywnych zachowań związanych z korzystaniem z używek, najlepsze wyniki uzyskały kobiety, respondenci w wieku 51-65 lat, osoby z wykształceniem średnim, jak i mieszkańcy wsi i małych miast.

Badana populacja przejawia raczej właściwe zachowania związane ze zdrowiem psychospołecznym. Mieszkańcy województwa śląskiego poświęcają odpowiednią ilość czasu na sen- choć spora część badanych śpi tylko 5-6 h w ciągu nocy. Ponadto mieszkańcy województwa śląskiego zdają sobie sprawę z istotności odpoczynku i relaksu, na które znajdują czas w ciągu dnia. Jednak nie posiadają indywidualnych sposobów na radzenie sobie z codziennym stresem. Chętnie zwracają się do bliskich o wsparcie, nawiązują nowe relacje interpersonalne oraz uczestniczą w spotkaniach towarzyskich. Nie deklarują także w większości problemów z nawiązywaniem relacji z przedstawicielami płci przeciwnej. Jednak badani mężczyźni nawiązując relacje z potencjalnymi partnerkami, w pierwszej kolejności zwracają uwagę na atrybuty seksualne, a także wyżej cenią wygląd zewnętrzny aniżeli inteligencję.

Z kolei biorąc pod uwagę natężenie prozdrowotnych zachowań związanych ze zdrowiem psychospołecznym, najlepsze wyniki uzyskały kobiety, respondenci w wieku 51-65 lat, osoby z wykształceniem średnim i mieszkańcy średnich miast.

Diagnostując sposób percepcji kultu idealnego ciała w przekazach medialnych, można stwierdzić, iż mieszkańcy województwa śląskiego charakteryzują się w tym zakresie wysokim poziomem percepcji. W większości zdają sobie sprawę z rozpowszechnionych za pośrednictwem mediów wzorców idealnego wyglądu kobiet i mężczyzn oraz z faktu, iż wzorce te nie mają nic wspólnego z naturalnością, a ekspozycja na nie może skutkować zaburzeniami postrzegania własnego ciała.

Najwyższy poziom percepcji kultu idealnego ciała reprezentują kobiety, osoby w wieku 51-65 lat, osoby z wyższym wykształceniem oraz mieszkańcy dużych miast. Ponadto mieszkańcy województwa śląskiego dostrzegają w mediach promowanie zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej (aczkolwiek nie czują się zmotywowani przez przekazy medialne do przejawiania tych zachowań), co z kolei może świadczyć o występowaniu w mediach swoistego potencjału edukacyjnego, który powinien jednak zostać właściwie ukierunkowany.

W zakresie seksualizacji kultury poziom percepcji badanej populacji znajduje się na poziomie umiarkowanym. Najwyższy poziomem percepcji w zakresie tego zjawiska przejawiają kobiety, osoby w wieku 51-65 lat, osoby z wyższym wykształceniem oraz mieszkańcy dużych miast. Jednak badana populacja w większości nie dostrzega takich elementów seksualizacji, jak przedstawianie w mediach kobiet i mężczyzn, jako obiektów seksualnych oraz wykorzystywania asocjacji seksualnych w przekazach niemających charakteru erotycznego.

Mieszkańcy województwa śląskiego charakteryzują się również umiarkowanym poziomem percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji. Jest on jednak najwyższy dla kobiet, osób w wieku 51-65 lat, tych z wyższym wykształceniem oraz mieszkańców dużych miast. Warto dodać, iż w zakresie percepcji prymatu przyjemności natychmiastowości i konsumpcji, osoby z wyższym wykształceniem, jako jedyna grupa, przejawiają wysoki poziom percepcji, podczas gdy w wypadku pozostałych, znajduje się on na poziomie umiarkowanym.

Badana populacja dostrzega w przekazach medialnych medykalizację codziennego życia w stopniu umiarkowanym. Odnosząc się do jej poziomu- najwyższy- reprezentują osoby w wieku 18-50 lat oraz te z wyższym wykształceniem i mieszkańcy dużych miast. Co istotne, najniższy poziom percepcji tego zjawiska wykazują osoby z najstarszej grupy- 51-65 lat, jednocześnie grupa ta deklaruje w większości czerpanie informacji o zdrowiu i chorobie właśnie z mass mediów oraz twierdzi, iż media promują zdrowie, jako wartość. W tym zjawisku można upatrywać z jednej strony pozytywnego/ edukacyjnego aspektu przekazów medialnych, z drugiej zaś strony aspektu zagrażającego, bowiem bezkrytyczne podejście do tego typu informacji może skutkować błędnymi decyzjami. Odnosząc się natomiast do kontaktu z kampaniami profilaktycznymi występującymi w mediach- taki kontakt deklarują w większości osoby z wyższym wykształceniem oraz z grup wiekowych 36-65 lat.

Część badań własnych o charakterze weryfikacyjnym pozwoliła na wykrycie zależności między sposobem percepcji kultu idealnego ciała przez mieszkańców województwa śląskiego, a ich zachowaniami w zakresie odżywiania. Im wyższy poziom percepcji tego zjawiska, tym wyższe natężenie prozdrowotnych zachowań związanych z odżywianiem.

Ponadto wykryto częściową zależność między sposobem percepcji kultu idealnego ciała w przekazach medialnych, a zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie aktywności fizycznej i dbałości o ciało. Zależność ta dotyczy osób z wykształceniem podstawowym/ zawodowym oraz mieszkańców średnich miast i ma charakter dodatni- im wyższy poziom percepcji, tym większe natężenie pozytywnych zachowań związanych właśnie z aktywnością fizyczną i dbałością o ciało.

Pozytywnie zweryfikowano także hipotezę o zależności między sposobem percepcji kultu idealnego ciała, a postrzeganiem własnego ciała przez mieszkańców województwa śląskiego. Zależność ta dotyczy zwłaszcza osób w wieku od 36-55 lat, kobiet i mężczyzn, osób z wykształceniem wyższym, mieszkańców wsi i małych miast. Zatem im wyższy

poziom percepcji kultu idealnego ciała, tym bardziej adekwatna do rzeczywistości ocena własnego ciała u badanej populacji.

Natomiast nie wykryto zależności między sposobem percepcji seksualizacji kultury, a zachowaniami seksualnymi mieszkańców województwa śląskiego.

Wykryto zależność między sposobem percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji, a zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego w zakresie odżywiania. Zależność ta dotyczy kobiet i mężczyzn, osób w wieku 36-65 lat, osób z wykształceniem średnim i wyższym oraz mieszkańców wsi i małych miast. Ponadto wykazano, że im wyższy poziom percepcji tych zjawisk, tym rzadsze spożycie żywności typu fast- food wśród badanej populacji.

Częściowe potwierdzenie występowania zależności dotyczy także sposobu percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji oraz zachowań seksualnych mieszkańców województwa śląskiego. Zależność ta dotyczy osób w wieku 36-50 lat i mieszkańców średnich miast. Zatem w wypadku tej części populacji, im wyższy poziom percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji, tym większe natężenie prozdrowotnych zachowań seksualnych.

W zakresie zależności między sposobem percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji oraz korzystaniem z używek przez badaną populację- stwierdzono częściową zależność. Owa zależność odnosi się do osób w wieku 51-65 lat, badanych z wykształceniem wyższym, mieszkańców dużych miast. Natomiast w odniesieniu do mieszkańców średnich miast, można mówić o zależności przeciwnej- im wyższy poziom percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji, tym niższe natężenie prawidłowych zachowań w zakresie korzystania z używek.

Częściowo potwierdzono występowanie zależności między sposobem percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji oraz zachowaniami związanymi ze zdrowiem psychospołecznym. Zależność ta dotyczy mężczyzn, osób w wieku 51-65 lat, zaś w odniesieniu do mieszkańców średnich miast ma charakter przeciwny.

Badania pozwoliły także na pozytywne zweryfikowanie hipotezy o korelacji między sposobem percepcji medykalizacji codziennego życia, a zachowaniami prewencyjnymi badanej populacji. Zależność ta dotyczy ogółu populacji, osób w wieku 36-55 lat, mieszkańców wsi i małych miast oraz osób z wyższym wykształceniem. Oznacza to, że im wyższy poziom percepcji tego zjawiska, tym wyższe natężenie prozdrowotnych zachowań w zakresie profilaktyki. Wyjątkiem są tutaj mieszkańcy średnich miast- w tym wypadku zależność ma charakter przeciwny.

Odnosząc się do modeli dotyczących możliwości modyfikacji zachowań zdrowotnych (opisanych w rozdziale teoretycznym niniejszej rozprawy), a zwłaszcza tych uznanych za wiodące, czyli *modeli procesualnych*, najistotniejsze znaczenie przypisuje się takim elementom, które prowadzą do sformułowania intencji dokonania zmian poprzez zwracanie uwagi na postrzegane przez odbiorców zyski i straty związane z danym zachowaniem, spostrzegane ryzyko związane z brakiem działania oraz wzmacnianie motywacji do podjęcia działania poprzez budowanie przekonania o własnej skuteczności.

Najlepsze rezultaty w zakresie wymienionych wyżej predyktorów podjęcia zmian zachowań można uzyskać planując i wdrażając programy dostosowane do konkretnych grup odbiorców, a nie do ogółu populacji (np.: z uwzględnieniem wieku, miejsca zamieszkania lub wykształcenia). Wymaga to odpowiedniego doboru treści, form przekazu, słownictwa, autorytetów, czy osób znaczących dostosowanych do konkretnej grupy docelowej. Badacze zajmujący się problematyką zachowań zdrowotnych wskazują, iż w programach o charakterze promującym zdrowie największe znaczenie w formułowaniu intencji mają ukazywane zyski wynikające z podjęcia zachowania, natomiast w programach o charakterze profilaktycznym, nieco lepsze rezultaty daje zwrócenie uwagi na straty wynikające z niepodjęcia zachowania (ryzyko zachorowania). Przy czym zwrócenie uwagi na starty najlepsze rezultaty daje jednak w wypadku starszych grup wiekowych, a w wypadku młodszych przekaz powinien być sformułowany pozytywnie- ukazywać zyski danego zachowania prewencyjnego (np.: samobadania piersi, czy wykonywania cytologii- w tym wypadku zyskiem jest brak choroby bądź wczesne jej wykrycie). Ponadto w programach z wykorzystaniem modeli procesualnych powinno się wzmacniać motywację do podjęcia zmiany, poprzez przekonanie odbiorców o własnej skuteczności i możliwości dokonania zmian bez względu na przeszkody. Cele dotyczące zachowań (sformułowane w ramach programu) powinny być bliskie i koncentrować się na działaniu. Powinno się również uwzględniać takie elementy, jak: pomoc w przygotowaniu szczegółowego planu działania oraz pozyskiwanie wsparcia społecznego⁵¹¹.

Biorąc pod uwagę powyższe, na podstawie wyników badań własnych, wyróżniono następujące treści związane z zachowaniami zdrowotnymi i postrzeganiem własnego ciała, które należy wykorzystać w programach edukacyjnych skierowanych do konkretnych grup mieszkańców województwa śląskiego:

- Konieczność zwiększenia obecności warzyw (w wypadku mężczyzn) i owoców

⁵¹¹ por. A. Łuczyńska, *Zmiana zachowań zdrowotnych...* op. cit., s. 202-214.

(zwłaszcza w wypadku kobiet) w codziennej diecie, unikania spożywania słodczy oraz słodkich napojów. Objęcie treściami z zakresu edukacji żywieniowej zwłaszcza mężczyzn, bowiem oni w mniejszym stopniu przejawiają prozdrowotne zachowania w zakresie odżywiania;

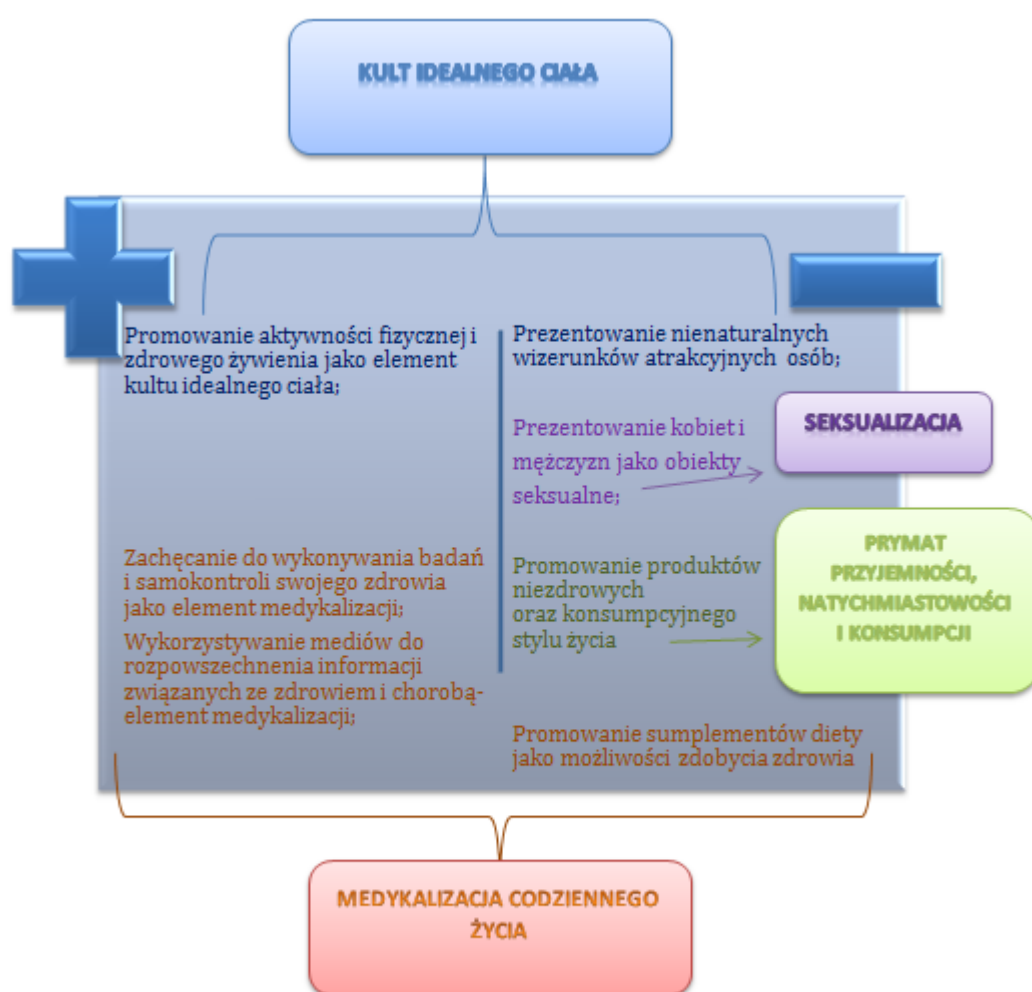
- Zachęcanie do zwiększanie intensywności podejmowanej aktywności fizycznej przez mieszkańców województwa śląskiego;
- Zachęcanie do regularnego, comiesięcznego wykonywania samobadania piersi przez mieszkanki województwa śląskiego;
- Zachęcanie do regularnego wykonywania badań cytologicznych kobiet w wieku 18-35 lat, z wykształceniem podstawowym/ zawodowym oraz mieszanek wsi i małych miast.
- Edukowanie w zakresie kształtowania indywidualnych, pozytywnych strategii radzenia sobie ze stresem w codziennym życiu (np.: poprzez aktywność fizyczną);
- Kształtowanie pozytywnego wizerunku własnego ciała- zwłaszcza w odniesieniu do kobiet oraz mieszkańców dużych miast;

Analizując wyniki części diagnostycznej badań własnych, wyróżniono także następujące treści związane ze sposobem percepcji zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej, które można wykorzystać w programach edukacyjnych skierowanych do mieszkańców województwa śląskiego

- Uświadamianie występowania zjawiska kultu idealnego ciała w przekazach medialnych zwłaszcza w wypadku osób młodych, z niższym wykształceniem i zamieszkujących wieś i małe miasta;
- Uświadamianie występowania zjawiska seksualizacji w przekazach medialnych, a zwłaszcza uwrażliwianie na charakterystyczne seksualizowanie wizerunków kobiet i mężczyzn w mediach (zwłaszcza w odniesieniu do osób młodych, tych z wykształceniem podstawowym, zawodowym i średnim oraz mieszkańców wsi i małych miast).
- Uświadamianie występowania zjawiska prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji i kształtowanie umiejętności dostrzegania, iż media budują w ludziach nieprawdziwe potrzeby i konsumpcyjne podejście do życia (zwłaszcza w odniesieniu do osób młodych, tych z wykształceniem podstawowym, zawodowym i średnim oraz mieszkańców wsi i małych miast).
- Uwrażliwianie na występujące w przekazach medialnych zjawiska medykalizacji,

zwłaszcza w odniesieniu do osób w wieku 51-65 lat, gdzie świadomość w tym zakresie jest najniższa, a jednocześnie ta grupa wiekowa (ze względu na specyfikę tego etapu życia) może wykazywać największe zainteresowanie tematyką medyczną i farmakologiczną, przy jednoczesnym niskim poziomie krytycyzmu w tym zakresie. Na podstawie badań własnych wyodrębniono także kluczowe elementy pozytywne i negatywne z każdej grupy badanych zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej. Elementy te przedstawia poniższy model graficzny.

Ryc. 10. Plusy i minusy kluczowych elementów omówionych zjawisk obecnych w przekazach medialnych



źródło: opracowanie własne

Ponadto weryfikacja hipotez o zależności między niektórymi zachowaniami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego i/lub ich sposobem postrzegania własnego ciała, a percepcją zjawisk obecnych w przekazach kultury masowej, wskazuje na konieczność zwiększania świadomości tych zjawisk poprzez odpowiednio ukierunkowane działania edukacyjne w różnych środowiskach.

Jak wykazano w części teoretycznej, współczesny świat jest zdominowany przez przekazy kultury masowej, dotyczy to także zagadnień związanych ze zdrowiem i chorobą. Opisane w niniejszej dysertacji: *kult idealnego ciała, seksualizacja kultury, prymat przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji oraz medykalizacja codziennego życia* to zjawiska funkcjonujące, co prawda w świecie mediów- w świecie wirtualnym, jednak świat ten staje się dla współczesnego człowieka katalizatorem, najważniejszym punktem odniesienia, a często nawet światem bardziej realnym niż otaczająca rzeczywistość. Kultura masowa docierająca do człowieka właśnie za pośrednictwem mass mediów, wywiera na niego swoistą presję- nie bez powodu nazywa się, więc media „czwartą władzę”. Współczesny człowiek żyje w świecie komercyjnym, w którym nawet zdrowie staje się towarem. Media budują w nim przekonanie, że chcąc odnieść sukces, musi dbać o wygląd i wpisywać się w wszechpanujące kanony, co z kolei implikuje wiele zachowań, które bardzo często zdrowiu szkodzą. Jednak ogrom ofert związanych ze zdrowiem pojawiających się w mediach, powoduje wzrost chęci bezkrytycznego konsumowania produktów zdrowotnych i poddawania się zabiegom, które w rzeczywistości ze zdrowiem nie mają wiele wspólnego. Komercjalizacja zdrowia i zjawiska związane z medykacją powodują swoisty redukcjonizm w postrzeganiu zdrowia, które często sprowadza się wyłącznie do przestarzałego już modelu biomedycznego, pomijając cały szereg czynników psychospołecznych i kulturowych determinujących zdrowie. Ponadto zdrowie⁵¹² i prozdrowotny styl życia przestają być wartościami autotelicznymi, stają się natomiast wartościami instrumentalnymi, a nawet wyłącznie deklarowanymi, bowiem mówi się, że to jest wartością w życiu człowieka, o co zabiega on z całych sił. Zgodnie z ową tezą główną wartością w życiu współczesnego człowieka jest to, do czego zachęcają go przekazy medialne: posiadanie szczupłego, atrakcyjnego, wysportowanego ciała będącego synonimem sukcesu; bezrefleksyjne wypróbowywanie coraz to nowych produktów, zabiegów, diet i ćwiczeń. W pogoni za ofertami nacechowanymi podejściem komercyjnym i konsumpcyjnym ludzie zapominają, co jest naprawdę istotne w życiu, zapominają

⁵¹² por. B. Zawadzka, *Życie i zdrowie jako wartość niedoceniana we współczesnym świecie „Studium Vilnense A”*, 2017 t.14, 139-143.

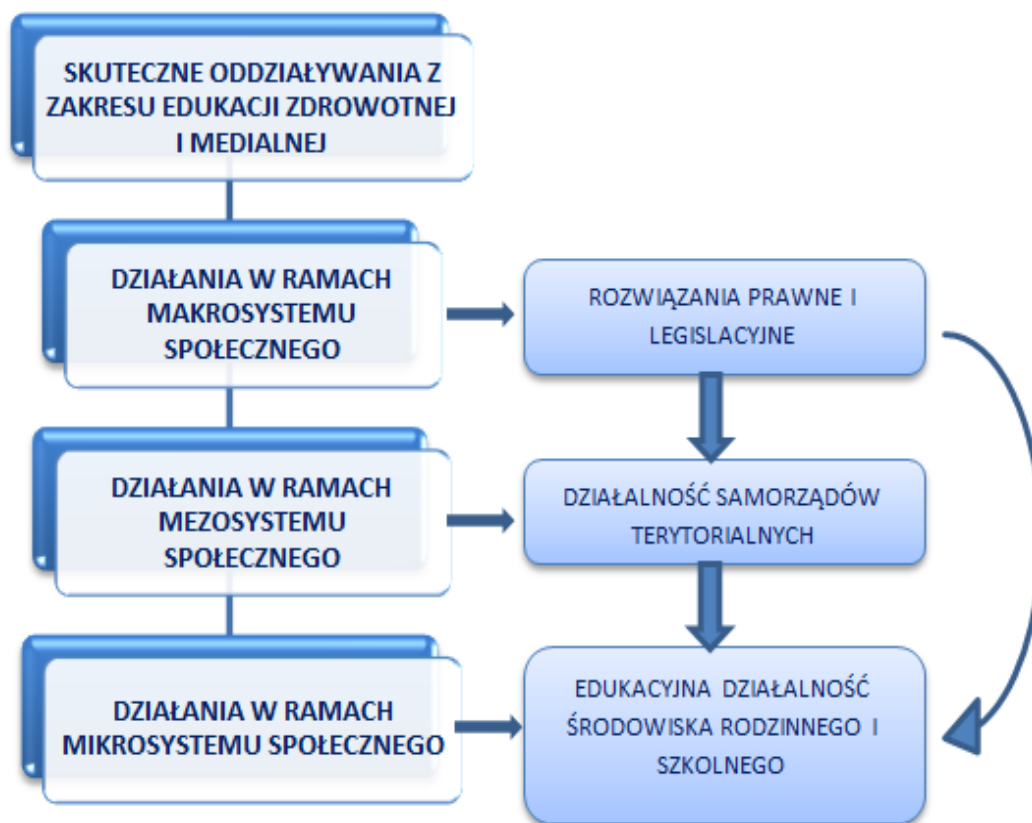
o wartości, bez której wszystko inne przestaje mieć znaczenie: o własnym zdrowiu rozumianym holistycznie, jako zasób i potencjał, który należy doskonalić⁵¹³.

Mimo wymienionych wyżej zagrożeń związanych z obecnością dyskursów zdrowia w świecie mediów, nie ulega wątpliwości, iż nowoczesne media to obecnie główne źródło wiedzy. Mieszkańcy województwa śląskiego, jako główne źródło informacji na tematy związane ze zdrowiem wymieniali kolejno: Internet, telewizję oraz prasę. Ponadto wskazali także na obecność promocji zdrowego żywienia i aktywności fizycznej w mediach, a część respondentów (w wieku 51-65 lat) dostrzegła także obecność kampanii profilaktycznych w przekazach medialnych. Jednak większość badanej populacji nie czuła się zachęcona przez owe przekazy do wdrażania pozytywnych zachowań. Można jednak stwierdzić, iż mass media i zjawiska w nich występujące, wykazują pewien potencjał, mogą zatem stanowić filar edukacji zdrowotnej. W praktyce pedagogicznej nie można, więc pomijać trendów obecnych w kulturze masowej. Dzięki mass mediom zwiększa się dostępność do różnorodnych informacji, w odniesieniu do wielu grup odbiorców. Analizując potencjał mediów do celów edukacji zdrowotnej, jako mocną stronę bez wątpienia można wymienić zasięg oddziaływania mediów, nieograniczony dostęp do nich i różnorodność form przekazu. Zatem potencjał ten może zostać wykorzystany na rzecz promowania zdrowego stylu życia, musi jednak być właściwie ukierunkowany.

Wykorzystanie wynalazków współczesności w sposób konstruktywny i prozdrowotny, umożliwia odpowiednie połączenie strategii z zakresu *edukacji zdrowotnej* z programami związanymi z *edukacją medialną*. We współczesnym świecie, jak wskazuje przytoczone na wstępie tego rozdziału motto, nie można obyć się bez właściwie ukierunkowanej edukacji medialnej, stanowiącej swego rodzaju przygotowanie do korzystania z mediów. Zatem edukacja medialna jest koniecznością cywilizacyjną – podobnie, jak edukacja zdrowotna. Charakterystyczną cechą procesu edukacji zdrowotnej jest to, iż powinna być ona prowadzona przez całe życie. Działania takie powinny odbywać się w różnych środowiskach życia człowieka i być skierowane do wielu grup docelowych, tak aby skupiać się na kształtowaniu u ludzi nowych umiejętności, zwłaszcza tych związanych z krytycznym myśleniem i selekcjonowaniem informacji pochodzących z przekazów medialnych, uzupełnionych o promowanie zdrowego stylu życia. Rozwiązania związane z korelacją działań z zakresu komplementarnej edukacji zdrowotnej i medialnej w ramach poszczególnych systemów społecznych przedstawia poniższa ilustracja.

⁵¹³ por. D. Gawlik, Kultura masowa jako wyznacznik stylu życia i psychospołecznego funkcjonowania człowieka (konteksty zdrowotne i pedagogiczne) w: Psychospołeczne i środowiskowe ... op. cit.

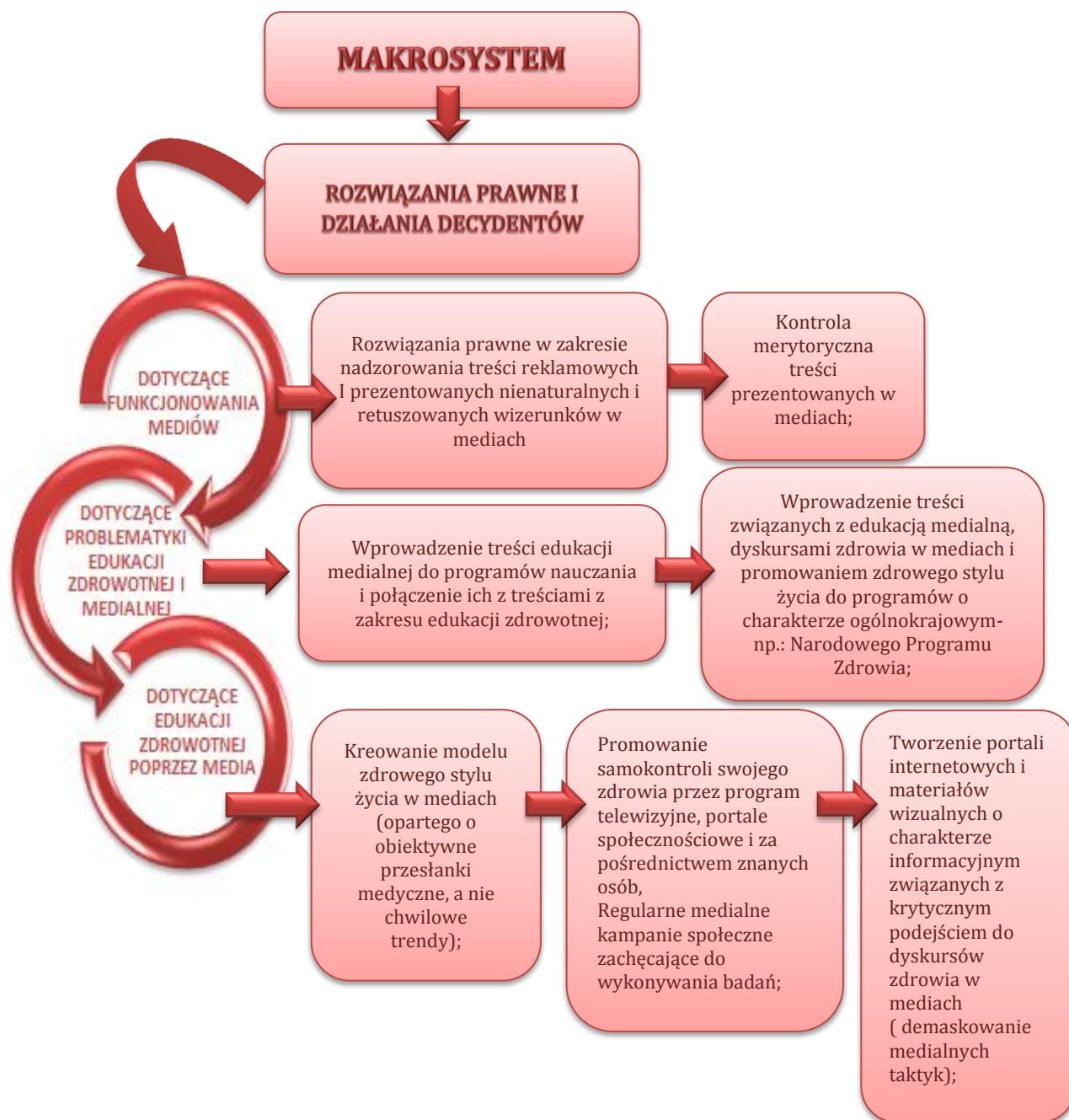
Ryc. 11. Ilustracja komplementarnej edukacji zdrowotnej i medialnej w ramach systemów społecznych



źródło: opracowanie własne

Skoro, więc media są integralną częścią codzienności człowieka i ważnym źródłem informacji o zdrowiu, a jako środek komunikacji stanowią narzędzie oddziaływania i modelowania, należy podkreślić (w ramach makrosystemu społecznego) konieczność wprowadzenia rozwiązań prawnych i legislacyjnych związanych z jednej strony z nadzorowaniem treści zdrowotnych emitowanych w mediach, informowaniem o prezentowaniu nienaturalnych wizerunków (poddanych obróbce komputerowej) oraz ograniczaniem reklam produktów niezdrowych, z drugiej zaś strony promowaniem zdrowego stylu życia, jako wartości i zachęcaniem do samokontroli własnego zdrowia. Poniżej przedstawiono teoretyczny model skutecznych oddziaływań edukacyjnych w ramach makrosystemu społecznego.

Ryc. 12. Teoretyczny model skutecznych oddziaływań edukacyjnych w ramach makrosystemu społecznego



źródło: opracowanie własne

Natomiast w ramach mezosystemu społecznego, którego podstawę stanowi lokalna społeczność oraz samorządy terytorialne, należy podkreślić konieczność wdrażania treści związanych z edukacją medialną i zdrowotną do programów zdrowotnych o zasięgu wojewódzkim i gminnym. Ponadto warto wykorzystywać lokalne media do nagłaśniania owej

tematyki. Więcej propozycji w zakresie skutecznych oddziaływań edukacji zdrowotnej i medialnej w ramach tej struktury społecznej zawiera poniższy model.

Ryc. 13. Teoretyczny model skutecznych oddziaływań edukacyjnych w ramach mezosystemu społecznego

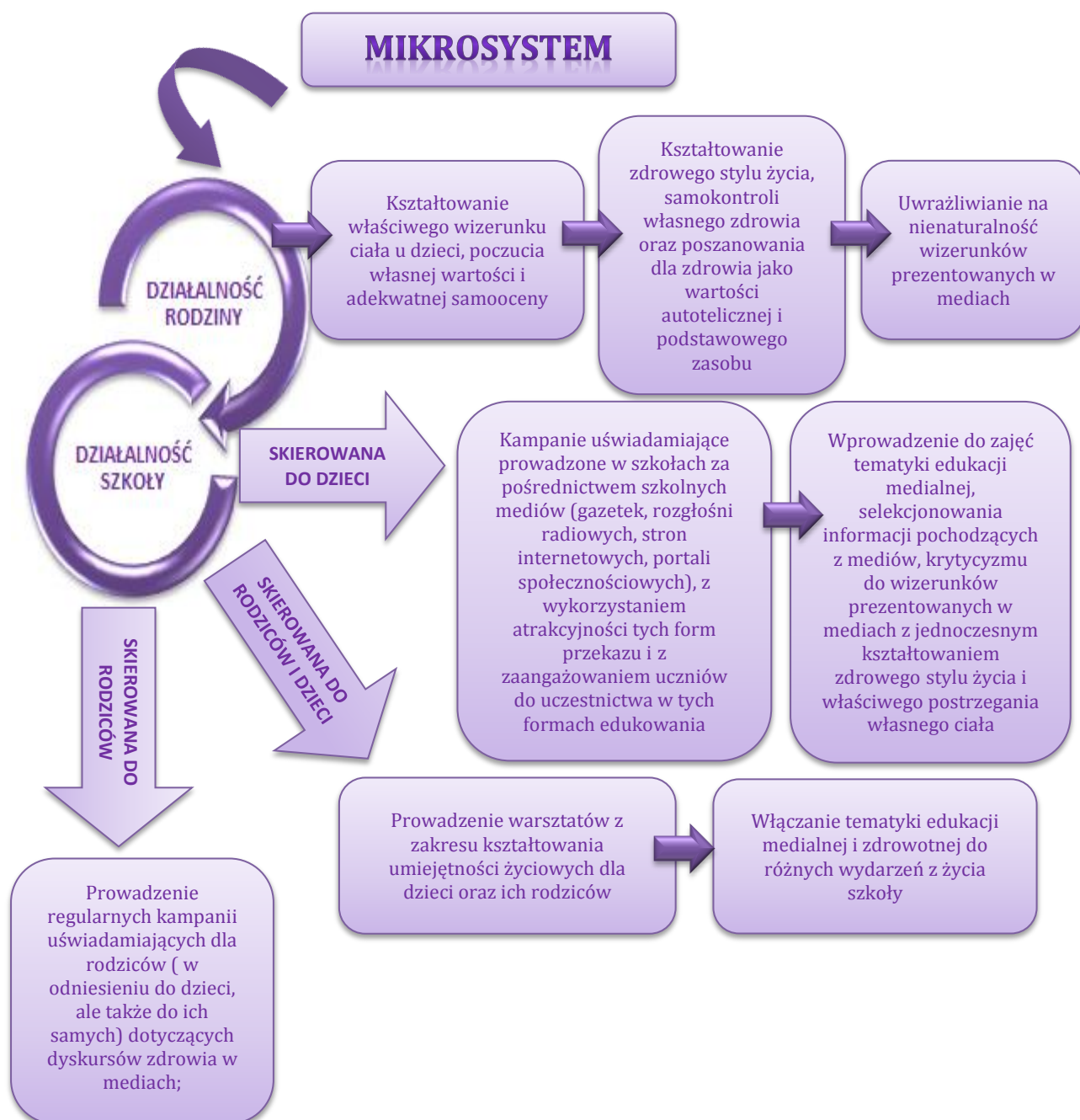


źródło: opracowanie własne

Odnosząc się do kolejnej struktury, a mianowicie mikrosystemu społecznego, fundament stanowi tutaj działalność edukacyjna rodziny i szkoły, która powinna mieć charakter komplementarny, aby budować świadomość zdrowotną i umiejętność selekcjonowania informacji płynących z mass mediów, przy jednoczesnym wykorzystywaniu

ich potencjału i atrakcyjności dla młodego pokolenia. Więcej możliwości skutecznych oddziaływań w ramach tych struktur zawiera poniższy model.

Ryc. 14. Teoretyczny model skutecznych oddziaływań edukacyjnych w ramach mikrosystemu społecznego



źródło: opracowanie własne

Omawiając działalność szkoły związaną z krytyczną analizą dyskursów zdrowia w mediach, warto odnieść się do realizacji nowego podejścia do szkolnej edukacji zdrowotnej (opisanego szerzej już w rozdziale teoretycznym), a mianowicie *edukacji zdrowotnej*

zorientowanej na rozwój umiejętności życiowych (ang. *life skills*). Umiejętności te umożliwiają pozytywne zachowania przystosowawcze i ułatwiają unikanie zachowań ryzykownych. Stanowią rodzaj kompetencji psychospołecznych, sprzyjają zatem podejmowaniu właściwych decyzji na rzecz zdrowia, motywacji do prowadzenia zdrowego stylu życia, radzeniu sobie z trudnościami, krytycznemu myśleniu i budowaniu poczucia własnej wartości, co z kolei stanowi istotny element profilaktyki wielu problemów zdrowotnych i społecznych. Rozwijanie umiejętności życiowych w toku edukacji zdrowotnej służy także formowaniu tożsamości, osiąganiu dobrego samopoczucia i osobistych sukcesów życiowych. Umiejętności życiowe pozwalają poznać własne możliwości, sprzyjają osiąganiu optymalnej jakości życia, więc powinno się je rozwijać i doskonalić we wszystkich okresach życia⁵¹⁴. Mogą bowiem przyczyniać się do kształtowania umiejętności krytycznej analizy dyskursów zdrowia we współczesnej kulturze masowej.

W ramach komplementarnego podejścia do edukacji zdrowotnej i medialnej w środowisku szkolnym, warto wspomnieć także o opisanej przez Z. Melosika *rekonstrukcji postaw zdrowotnych* odnoszącej się do krytycznej analizy i interpretacji dyskursów zdrowia zawartych w przekazach kultury masowej:

- *I faza*: interpretacja konkretnych tekstów kultury masowej odnoszących się do problematyki zdrowotnej, pozwalająca poznać spojrzenie jednostek na dany temat;
- *II faza*: dekonstrukcja stosunku jednostki do tekstu z uwzględnieniem kontekstów kulturowych i społecznych, w jakich tkwi jednostka;
- *III faza*: określenie wymiarów afektywnych i praktycznych w zakresie stosunku jednostki do analizowanych tekstów (w tej fazie mieści się także wykrywanie wpływu tekstów na podejmowane przez jednostkę zachowania zdrowotne);
- *IV faza*: wypracowywanie strategii odpowiedzi na tekst, kierując się w stronę jak najbardziej prozdrowotnych rozwiązań⁵¹⁵.

Co ciekawe, funkcjonująca obecnie podstawa programowa daje szansę zarówno na kształtowanie umiejętności życiowych w procesie edukacji zdrowotnej, jak i na wdrażanie powyższego modelu rekonstrukcji, podczas zajęć wychowania fizycznego, ponieważ przewiduje blok tematyczny o nazwie *kompetencje społeczne*. Jednak ze względu na ograniczenia czasowe zajęć, na pewno realizacja tych treści może mieć jedynie charakter

⁵¹⁴ B. Woynarowska, Edukacja zdrowotna — podstawowe pojęcia. W: Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych, red. B. Woynarowska, wyd. ZNP, Kielce 2011, s. 11.

⁵¹⁵ Z. Melosik, Dyskursy zdrowia w społeczeństwie współczesnym: konteksty teoretyczne, w: Ciało i zdrowie... op. cit. s. 36-37.

częściowy. Rozwiązaniem dającym szansę na kształtowanie wysokiej świadomości już od najmłodszych lat (zarówno w zakresie zdrowia, jak i korzystania z mediów) jest wprowadzenie odrębnego przedmiotu edukacja zdrowotna do programów nauczania.

Można zatem stwierdzić, iż kultura masowa stanowi aktualne wyzwanie dla edukacji zdrowotnej, której priorytetowym celem jest kształtowanie u ludzi umiejętności dokonywania świadomych, odpowiedzialnych i sprzyjających zdrowiu wyborów. Antidotum na bezkrytyczne przyjmowanie przekazów medialnych przez ludzi może być zatem planowanie oraz wdrażanie odpowiednich strategii edukacyjnych (w różnych środowiskach: szkole, środowisku lokalnym itp.) uwzględniających właśnie trendy obecne w kulturze masowej, a mające służyć przede wszystkim rozwijaniu świadomości zdrowotnej ludzi i kształtowaniu osobistej odpowiedzialności za zdrowie. Nie możemy określić, z jakimi jeszcze zjawiskami przyjdzie nam się zmierzyć w przyszłości, ale budowanie wysokiej świadomości zdrowotnej ludzi, osobistej odpowiedzialności za zdrowie oraz kształtowanie całego spektrum umiejętności życiowych pozwoli nam uchronić się przed destrukcyjnym wpływem współczesnej kultury, czerpiąc z niej wyłącznie to, co prozdrowotne.

BIBLIOGRAFIA

Pozycje zwarte oraz czasopisma:

1. Aldridge A., Konsumpcja, wyd. Sic!, Warszawa 2006.
2. Aleksnadrowicz J., W poszukiwaniu definicji zdrowia „Przegląd filozoficzny” 1972; 9 (82), 79-83.
3. Antonovsky A., Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować, wyd. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.
4. Babbie E., Podstawy badań społecznych, wyd. PWN, Warszawa 2009.
5. Badura B., What is and What Determines Health, in: Scientific Foundations for Public
6. Bakier L., Rodzicielstwo a rozwój dorosłych w wieku średnim, w: Rodzina a rozwój człowieka dorosłego, red. B. Harwas- Napierała, Poznań 2003.
7. Bandura A., Health Promotion by Social-Cognitive Means „Health Education & Behavior” 2004;31, s. 143-164.
8. Bandura B., Teoria społecznego uczenia się, wyd. PWN, Warszawa 2007.
9. Baudrillard J., Selected Writings, Cambridge 1988.
10. Baudrillard J., Społeczeństwo konsumpcyjne. Jego mity i struktury, wyd. Sic, Warszawa 2006.
11. Bauman Z., Globalizacja i co z tego dla ludzi wynika, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 2000.
12. Bauman Z., Konsumenci w społeczeństwie konsumentów „Cykl wykładów dziekańskich” „Gospodarka i Społeczeństwo”, Łódź 2007.
13. Bauman Z., Płynna nowoczesność, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2006.
14. Bauman Z., Życie na przemiał, wyd. Literackie, Kraków 2004.
15. Baumann Z., Globalizacja i co z tego dla ludzi wynika, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 2000.
16. Baumann Z., Płynne życie, wyd. Literackie, Kraków 2007, s. 154.
17. Becker H.S., warsztat pisarski badacza, wyd. PWN Warszawa 2013.
18. Bednarek J., Media w edukacji, wyd. Mikom, Warszawa 2002.
19. Bieńko M., Niedyskretny urok ciała i seksu w formacie medialnym, w: Przemiany seksualności, red. M. Kaczorek, K. Stachura, wyd. WUG, Gdańsk 2009.
20. Bieńko M., Sposoby posługiwania się tożsamością seksualną w kulturze popularnej, w: Kultura popularna: konteksty teoretyczne i społeczno- kulturowe, red. Z. Melosik, A. Gromkowska- Melosik, wyd. Impuls, Kraków 2010.
21. Bik B., Koncepcja promocji zdrowia, w: Zdrowie publiczne cz. II, red. A. Czupryna, S. Paździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk, wyd. Vesalius, Kraków 2001.
22. Bishop G.D., Psychologia zdrowia, wyd. Astrum, Wrocław 2000.
23. Bordo S., Unbearable weight. Feminism, western culture and the body, University of California Press, Los Angeles- London 2003.
24. Borzucka- Sitkiewicz K., Kształtowanie pozytywnego wizerunku ciała jako element profilaktyki zaburzeń zdrowia somatycznego i psychospołecznego, w: Profilaktyka wybranych problemów zdrowotnych (w wymiarze edukacyjnym), red. K. Borzucka- Sitkiewicz, K. Kowalczevska- Grabowska, wyd. UŚ, Katowice 2014.
25. Borzucka- Sitkiewicz K., Kształtowanie zachowań zdrowotnych w procesie socjalizacji a styl życia młodzieży (w regionie górnośląskim), wyd. UŚ, Katowice 2005.
26. Borzucka- Sitkiewicz K., Leksy K. kshibicjonizm społeczny w Internecie. Motywy i potencjalne zagrożenia dla zdrowia i bezpieczeństwa młodzieży, wyd. UŚ, Katowice 2018.

27. Borzucka- Sitkiewicz K., Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, w: Edukacja zdrowotna... op. cit.
28. Borzucka- Sitkiewicz K., Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia, wyd. Impuls, Kraków 2006.
29. Borzucka- Sitkiewicz K., Socjokulturowe determinanty wizerunku ciała a gotowość do podejmowania ryzykowanych zachowań w celu poprawienia swojego wyglądu, w: Psychospołeczne i środowiskowe konteksty zdrowia i choroby... op. cit..
30. Borzucka- Sitkiewicz K., Zdrowie psychiczne, w: Edukacja zdrowotna, red. E. Syrek, K. Borzucka- Sitkiewicz, wyd. Profesjonalne i Akademickie, Warszawa 2009.
31. Brużewicz Sz., Wronkowski Z., Rak szyjki macicy, wyd. PZWL, Warszawa 2008..
32. Brytek- Matera A., Obraz ciała- obraz siebie, wyd. Difin, Warszawa 2008.
33. Brzeziński J., Metodologia badań psychologicznych, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.
34. Buczkowski A., Społeczne tworzenie ciała. Płeć kulturowa i biologiczna, wyd. Universitas, Kraków 2005.
35. Bulicz E., Murawow I., Wychowanie zdrowotne. Cz. I Teoretyczne podstawy waleologii, wyd. Politechnika Radomska, Radom, 1997.
36. Buliński L., O chorobie w zdrowiu i o zdrowiu w chorobie. Dylematy polityki zdrowotnej, w: Zdrowie i choroba. W poszukiwaniu wiedzy i pomocy, red. L. Buliński, wyd. Adam Marszałek, Toruń 2014.
37. Bulska J., Budowanie kompetencji zdrowotnych ludzi w środowisku ich życia, wyd. Akapit, Toruń 2008.
38. Chmaj Z., Prądy i kierunki w pedagogice XX wieku, Państwowy Zakład Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1963.
39. Cyłkowska- Nowak M., Melosik Z., Współczesna młodzież: ciało, zdrowie i kultura popularna. w: Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji, red.Z. Melosik, wyd. Edytor, Toruń- Poznań 1999.
40. Czajkowski P., Przemiany seksualności a pornografia. Kilka uwag o nowoczesności, w: Moralne obrazy: społeczne i socjologiczne (de)konstrukcje seksualności, red. E. Banaszak, P. Czajkowski, „Acta Universitatis Wratislaviensis” No 3029, t.42, Wrocław 2008, s. 47-50.
41. Demel M., Pedagogika zdrowia „Chowanna” 2002 t.1, s.13-26.
42. Dignan M. B., Carr P.A.: Program planning for health, Lee & Febiger, Malvern 1992.
43. Dobosz J., Wybrane zachowania zdrowotne Polaków w perspektywie sportu powszechnego i zdrowia, wydawca Fundacja Rozwoju Kultury Fizycznej, Warszawa 2015, s. 43-45.
44. Dobosz D., Joniec K., Współczesna kobieta- szkice do portretu na tle przemian społeczno- kulturowych, wyd. UŚ, Katowice 2015.
45. Domaradzki J., O definicjach zdrowia i choroby „Folia Medica Lodziensia” 2013 40/1:5-29.
46. Dutkiewicz W., Podstawy metodologii badań do pracy magisterskiej i licencjackiej z pedagogiki, wyd. Stachurski, Kielce 2001.
47. Dworak. A., Zdrowie i zachowania zdrowotne kobiet. Perspektywa społeczno- pedagogiczna, wyd. Akapit, Toruń 2018.
48. Ejsmont M., Kosmalska E., Media, wartość, wychowanie, wyd. Impuls, Kraków 2008.
49. Ewles L., Simnett I., Promoting health. A practical guide, wyd. Bailliere Tindall, Edinburh 2003.
50. Felińska J., Wybrane zagadnienia z zakresu promocji zdrowia, w: Promocja zdrowia, red. A. Andruszkiewicz, M. Banaszekiewicz, Lublin 2008.
51. Fromm E., Mieć czy być, wyd. Rebis, Poznań 2009, s. 38.

52. Gatnar E., Walesiak M., Metody statystycznej analizy wielowymiarowej w badaniach marketingowych, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2004.
53. Gawęł A., Pedagogzy wobec wartości zdrowia, wyd. UJ, Kraków 2003.
54. Gawęł A., Zasoby zdrowotne młodzieży gimnazjalnej w kontekście ekosystemu szkoły, wyd. UJ, Kraków 2014.
55. Gawlik D., Kultura masowa jako wyznacznik stylu życia psychospołecznego funkcjonowania człowieka (konteksty zdrowotne i pedagogiczne), w: Psychospołeczne i środowiskowe konteksty zdrowia i choroby, red. K. Borzucka- Sitkiewicz, wyd. UŚ, Katowice 2016.
56. Giddens A., Przemiany intymności. Seksualność, miłość i erotyzm we współczesnych społeczeństwach, wyd. PWN, Warszawa 2006.
57. Giddens A., Socjologia, wyd. PWN, Warszawa 2005.
58. Gil R., Dziedziczko A., Pojęcie świadomości zdrowotnej, zdrowia i choroby, „Zdrowie Publiczne” 2004 114(2), s.250- 255.
59. Gniazdowski A., Zachowania a zdrowie. Podstawowe zależności, w: Zachowania zdrowotne, red. A. Gniazdowski, wyd. Instytutu Medycyny Pracy, Łódź 1990.
60. Goban- Klas T., Cywilizacja medialna: geneza, ewolucja, eksplozja, wyd. WSiP, Warszawa 2005.
61. Gochman D., Labels, system and motives: Some perspectives for future research and programs “Health Education Quarterly” 1982, 9, p. 167-173.
62. Golka M., Socjologia kultury, wyd. Scholar, Warszawa 2007.
63. Górnik- Durose M., Janiec K., Merkantylnizm psychiczny, struktura celów życiowych a poczucie dobrostanu psychicznego, w: Życie w konsumpcji, konsumpcja w życiu. Psychologiczne ścieżki współzależności. red. M. Górnik- Durose, A.M. Zawadzka, wyd. GWP, Sopot 2010.
64. Górnik- Durose M., Mróz B., Zawadzka A.M, Współczesna oferta supermarketu szczęścia- nowe zjawiska w zachowaniach konsumenckich. Trójęgłos interdyscyplinarny. w: W supermarkecie szczęścia. O różnorodności zachowań konsumenckich w kontekście jakości życia, red. M. Górnik- Durose, A.M. Zawadzka, wyd. Difin, Warszawa 2012.
65. Green J., Tones K., Health Promotion. Planning and Strategies, Sage, London 2010, p. 10.
66. Greenberg C, Awangarda i kicz, w: Kultura masowa... op. cit
67. Greń J., Statystyka matematyczna. Modele i zadania, w: Metodologia badań psychologicznych, red. J. Brzeziński, wyd. PWN, Warszawa 1997.
68. Groesz L., Levine M., Murnen S., The Effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: a meta- analytic review, „International Journal of Eating Disorders, 2002 31(1), s. 1-16.
69. Gromkowska A., Anoreksja Nervosa: Paradoxy współczesnej kobiecości, w: Ciało i zdrowie... op. cit.
70. Gromulska L., Piotrowicz M., Cianciora D., Własna skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz w edukacji zdrowotnej “Przegląd Epidemiologiczny” 2009;63, s. 427-432.
71. Grossberg L., We gotta get out of this place. Popular conservatism and postmodern culture. New York, Rroutledge 1992.
72. Guła A., Rak sutka u kobiet - profilaktyka i diagnostyka, w: Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi, red. J. Bulska, wyd. Impuls, Kraków 2008, s.38.
73. Hancock T., Perkins F., The Mandala of health: A conceptual model and teaching tool. Health Promotion, in: Health Promotion. A resource book, eds. R. Anderson, J. Kickbusch, World Organization Regional Office for Europe, Copenhagen 1990.
74. Harris D.M., Guten S., Health- ptotective behavior: an exploratory study „Journal of Health and Social Behavior” 1979, 20, p. 17-29.

75. Heszen I. Sęk H., Psychologia zdrowia, wyd. PWN, Warszawa 2012.
76. Heszen- Klemens I., Psychologia medyczna. Główne kierunki badań, wyd. UŚ, Katowice 1983.
77. Horkheimer M., Adorno T., Dialektyka oświecenia. Fragmenty filozoficzne, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa 2010.
78. Hornowska E., Testy psychologiczne – Teoria i praktyka , wyd. Scholar, Warszawa 2009.
79. Hoyt W.D., Kogan L.R., Satisfaction with body image and peer realtionships for males and females in a college environment „Sex Roles”, 2001 45(314), 199-215.
80. Humeniuk E., Dąbska O., Pawlikowaska- Łagód K., Oberda K., Poziomu zadowolenia z wyglądu zewnętrznego w społeczeństwie obszaru Polski Wschodniej, „Journal of Education, Health and Sport” 2016;6(12), 465-474,
81. Hyży E., Praktyki ingerencji w ciało kobiet i dzieci w krajach kultury zachodniej i kultur afrykańskich. Autonomia i demokracja w feministycznej optyce „Kultura i Historia” 2011 wersja online [http://www.kulturaihistoria.umcs.lublin.pl/archives/2944]
82. Indulski J., Leowski J., Podstawy medycyny społecznej, wyd. PZWL, Warszawa 1971.
83. Izdebski Z., Seksualność Polaków na początku XXI wieku: studium badawcze, wyd. UJ, Kraków 2014.
84. Jabłow M.M., Na bakier z jedzeniem, WYD. GWP, Gdańsk 1993.
85. Jakab Z., Tsouros A.D., Zdrowie 2020- Zdrowie i rozwój współczesnej Europy „Przegląd Epidemiologiczny” 2015; 69: 105-112.
86. Jarząbek G., Sacjokulturowe uwarunkowania jadłowstrętu psychicznego „Ginekologia praktyczna” 2007 nr 1, s. 41-44.
87. Jednacz- Miazga B., Wizerunek kobiet w reklamach a poczucie własnej atrakcyjności młodych kobiet, w: Jednostka w ponowoczesnym świecie, red. G.E. Kwiatkowska, A. Łukasik, wyd. Uniwersytetu Marii-Skłodowskiej- Curie, Lublin 2011.
88. Jegier A., Aktywność ruchowa w promocji zdrowia oraz zapobieganiu i leczeniu chorób przewlekłych, w: Medycyna sportowa, red. A. Jagier, K. Nazar, A. Dziak, wyd. Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowe, Warszawa 2005.
89. Józefik B., Kultura, ciało, (nie)jedzenie, terapia. Perspektywa narracyjno-konstrukcjonistyczna w zaburzeniach odżywiania, wyd. UJ, Kraków 2014, s. 25,30
90. Juczyński Z., Narzędzia pomiaru w promocji I psychologii zdrowia, Pracownia Testów Polskiego Towarzystwa , Warszawa 2012.
91. Juszczak S., Badania ilościowe w naukach społecznych , wyd. Wyższa Szkoła Zarządzania im. J. Ziętka, Katowice 2005.
92. Juszczak S., Badania jakościowe w naukach społecznych. Szkice metodologiczne, wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2013.
93. Kamiński A., Metoda, technika, procedura badawcza w pedagogice empirycznej, w: Metodologia pedagogiki społecznej, red. R. Wroczyński, T. Pilch, wyd. Ossolineum, Wrocław 1974.
94. Kamiński A., Wstęp: Zakres i podstawowe pojęcia pedagogiki społecznej Heleny Radlińskiej, w: Pedagogika społeczna, red. H. Radlińska, wyd. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1961.
95. Karski J.B. , Tomaszewska E., Teoria i praktyka wzmacniania działań w promocji zdrowia, wyd. Ignis, Warszawa 1997.
96. Kawula S., Pedagogika a kompleks i system nauk o wychowaniu „Ruch Pedagogiczny” 2000, nr 3/4.
97. Kłosowska A., Socjologia kultury, wyd. PWN, Warszawa 1981.
98. Kolbe J.L., The application of health behaviour research. Health education and health promotion, in: Health behaviour. Emerging reasearch perspectives, edit. D.S. Gochman, Plenum, New York, 1988.

99. Komander J., Jadłowstręt psychiczny- jednostka chorobowa czy zespół objawowy „Nowa Medycyna” 1996 nr 21 s. 5-6.
100. Konarzewski K., Jak uprawiać badania oświatowe. Metodologia praktyczna, wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2000.
101. Korzeniowska E., O zdrowiu i jego definicjach “Zdrowie Publiczne” 1988; 99(9): 465-471
102. Kossowski P., Dziecko i reklama telewizyjna, wyd. Żak, Warszawa 1999.
103. Kościńska E., Edukacja zdrowotna seniorów i osób przewlekle chorych, wyd. Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2010.
104. Kowalczevska- Grabowska K., Promocja zdrowia w środowisku lokalnym, wyd. UŚ, Katowice 2013.
105. Kowalczevska- Grabowska K., Zachowania seksualne, w: Profilaktyka społeczna. Aspekt teoretyczno-metodyczny, red. K. Borzucka- Sitkiewicz, K. Kowalczevska- Grabowska, wyd. UŚ, Katowice 2014.
106. Kowalski M., Gawęł A., Zdrowie- wartość-edukacja, wyd. Impuls, Kraków 2006.
107. Kulik T.B, Koncepcja zdrowia w medycynie, w: Zdrowie publiczne, red. T. B. Kulik, M. Latański, wyd. Czelej, Lublin 2002.
108. Kupisiewicz M., Kupisiewicz Cz., Słownik pedagogiczny, wyd. PZWL, Warszawa 2009.
109. Leksy K., Nadmierna masa ciała. Konteksty psychospołeczne i pedagogiczno-edukacyjne, wyd. UŚ, Katowice 2013.
110. Leksy K., Rola rodziny w kształtowaniu prozdrowotnych postaw wobec własnego ciała i zdrowia dziewcząt, w : Kobieta-zdrowie-ciało. Perspektywa biopsychospołeczna, red. A. Dworak, K. Leksy, wyd. UŚ, Katowice 2014.
111. Lew- Starowicz Z., Seks w kulturach świata, wyd. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1987.
112. Lew- Starowicz Z., Zdrowie seksualne: historia, kryteria, promocja, w: Zdrowie seksualne, red. J. Rzepka, wyd. Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Mysłowicach, Mysłowice 2007, s. 8-9.
113. Lewicki Cz., Edukacja zdrowotna- systemowa analiza zagadnień, wyd. Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów 2006.
114. Lisowska- Magdziarz M., Obrazy ciała, obrazy produktu. Analiza metafor wizualnych i multimodalnych w mediach masowych, w: Komunikacja wizualna, red. P. Francuz, wyd. Scholar, Warszawa 2012.
115. Lopez- Guimera G., Levine M.P., Sanchez- Carracedo D., Fauqued J., Influence of mass media on body image and eating disordered attitudes and behaviors in females: A review off effects and processes. „Media Psychology”, no. 4/2010, s. 387—416.
116. Lubański M., Informacja- system, w: Zagadnienia filozoficzne współczesnej nauki, red. M. Heller, M. Lubański, S.W. Ślaga, wyd. ATK, Warszawa 1982.
117. Łobocki M., Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2007.
118. Łuszczńska A., Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczą?, wyd. GWP, Gdańsk 2004.
119. Macdonald D., Teoria kultury masowej, w: Antropologia kultury. Zagadnienia i wybór tekstów, red. A. Mencwel, wyd. UW, Warszawa 2005.
120. Macdonald D., Teoria kultury masowej, w: Kultura masowa, red. D. Macdonald, C. Greenberg, M. McLuhan, E. van den Haag, L. A. Fiedler, M. Tumin, wyd. Literackie, Kraków 2002.
121. Mackiewicz M., Krzyżanowski J., Raport o stanie zdrowia społeczeństwa polskiego, wyd. Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi, Lublin 1981.

122. Maszke A.W., Metody i techniki badań pedagogicznych, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2008.
123. Matuszak A., Matuszak Z., Określenie próby i jej liczności w badaniach pedagogicznych, „General and Professional Education” 2/2011, s. 33-39.
124. Mazurkiewicz E., Podstawy wychowania zdrowotnego, w: Higiena i ochrona zdrowia, red. J. Brzeziński, C.W. Korczak, wyd. PZWL, Warszawa 1975.
125. Mazurkiewicz E.A., Pożytki z osiągnięć pedagogiki społecznej dla edukacji zdrowotnej, w: Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania, red. B. Woynarowska, M. Kapica, wyd. KOWEZ, Warszawa 2001.
126. Mead M., Kultura i tożsamość. Studium dystansu międzypokoleniowego, wyd. PWN, Warszawa 1978.
127. Melosik Z., Ciało jako przedmiot studiów kulturowych, w: Kultura popularna: konteksty teoretyczne i społeczno-kulturowe, red. Z. Melosik, A. Gromkowska-Melosik, wyd. Impuls, Kraków 2010.
128. Melosik Z., Dyskursy zdrowia w społeczeństwie współczesnym: Konteksty teoretyczne, w: Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji, red. Z. Melosik, wyd. Edytor, Toruń-Poznań 1999.
129. Melosik Z., Edukacja zdrowotna i kultura popularna. Problemy i kontrowersje. w: Zdrowie i jego ochrona. Między teorią a praktyką, red. V. Korporowicz, wyd. Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 2004.
130. Melosik Z., Kryzys męskości w kulturze współczesnej, wyd. Impuls, Kraków 2006..
131. Melosik Z., Mass media, tożsamość i rekonstrukcje kultury współczesnej, w: Media - Edukacja - Kultura, red. W. Skrzydlewski, S. Dylak, wyd. Polskie Towarzystwo Technologii i Mediów Edukacyjnych, Poznań 2012.
132. Melosik Z., McDonald's, tożsamość i zdrowie, w: Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji, red. Z. Melosik, wyd. Edytor, Toruń-Poznań 1999.
133. Melosik Z., McDonald's, tożsamość i zdrowie, w: Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji, red. Z. Melosik, wyd. Edytor, Toruń-Poznań 1999.
134. Melosik Z., Ponowoczesny świat konsumpcji, w: Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji, red. Z. Melosik, wyd. Edytor, Toruń-Poznań 1999.
135. Melosik Z., Ponowoczesny świat konsumpcji, w: Ciało i zdrowie... op. cit.
136. Melosik Z., Prozac: (pop)szczęście i sukces życiowy w społeczeństwie współczesnym, w: Kultura popularna i tożsamość młodzieży. W niewoli władzy i wolności, red. Z. Melosik, Impuls, Kraków 2013.
137. Melosik Z., Rekonstrukcje tożsamości seksualnej w społeczeństwie współczesnym (wybrane konteksty seksualizacji), „Studia Edukacyjne” nr 7/2011, s. 9.
138. Melosik Z., Tożsamość, ciało i władza w kulturze instant, wyd. Impuls, Kraków 2010.
139. Melosik Z., Tyrania szczupłego ciała i jej konsekwencje, w: Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji, red. Z. Melosik, wyd. Edytor, Toruń-Poznań 1999.
140. Melosik Z., Viagra: konteksty kulturowe i społeczne, w: Ciało i zdrowie... op. cit.
141. Melosik Z., Współczesne amerykańskie spory edukacyjne, wyd. UAM, Poznań 1994.
142. Mizera K., Żywnienie — podstawa zdrowia i urody. „Lider” 12/2008, s. 14—16.
143. Morciniak M., Rzecz o utowarowieniu siebie i innych, w: Dyskursy kultury popularnej w społeczeństwie współczesnym, red. A. Cybał-Michalska, P. Wierzba, wyd. Impuls, Kraków 2012.
144. Muszyński H., Wstęp do metodologii pedagogiki, wyd. PWN, Warszawa 1970.
145. Nęcki E., Orzechowski J., Szymura B., Psychologia poznawcza, wyd. PWN.
146. Nowak P.F., Aktualne trendy i problemy promocji zdrowia w polskiej szkole., w: Promocja zdrowia w środowisku szkolnym, red. P.F. Nowak, A.M. Rogowska, wyd. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Raciborzu, Racibórz 2014.

147. Nowak S., Metodologia badań socjologicznych, wyd. PWN, Warszawa 1970.
148. Nowak S., Metodologia badań społecznych, wyd. PWN, Warszawa 1985.
149. Nowakowski M., Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego, wyd. Uniwersytet Marii Curie- Skłodowskiej, Lublin 2015.
150. Nowakowski P.T., Fast Food dla mózgu czyli telewizja i okolice, wyd. Maternus Media, Tychy 2002.
151. Nowicka M., Alfabetyzacja, w: Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku, tom I, red. T. Pilch, wyd. Żak, Warszawa 2003.
152. Nutbeam D., Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century „Health Promotion International”, 2000 nr 3, s. 259-267.
153. Ostaszewski K., Druga strona ryzyka, „Remedium” 2005 nr 2, s.1-3.
154. Ostrowska A., Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia, wyd. IFiS PAN, Warszawa 1999.
155. Palka S., Epistemologiczne podstawy ilościowego i jakościowego badania efektów kształcenia szkolnego, w: Epistemologiczne wyzwania współczesnej pedagogiki, red. K. Duraj- Nowak, J. Gnitecki, wyd. WSP, Karków 1997.
156. Pasikowski T., Struktura i funkcje poczucia koherencji: analiza teoretyczna i empiryczna weryfikacja, w: Zdrowie- Stres- Zasoby, red. H. Sęk, T. Pasikowski, Poznań 2001.
157. Piechaczek- Ogierman G., Postawy zdrowotne uczniów i ich Socjokulturowe uwarunkowania, wyd. Adam Marszałek, Toruń 2009.
158. Pieter J., Nauka i wiedza, wyd. Nasza Księgarnia, Warszawa 1967.
159. Pilch T., Zasady badań pedagogicznych, wyd. Żak, Warszawa 1995.
160. Popielski K., Zdrowie i choroba w kontekście bycia, rozwoju i stawiania się egzystencji podmiotowo- osobowej, w: Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym, red. K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska, wyd. KUL, Lublin 2010.
161. Prokop A., Waga mediów, czyli o wpływie mass mediów na kształtowanie wzorów żywienia. W: B. Tobiasz- Adamczyk, red.: Od socjologii medycyny do socjologii żywienia. Wydawnictwo UJ, Kraków 2013.
162. Przybyła E., Edukacja zdrowotna. Przewodnik do studiów, wyd. AWF, Katowice 2008, s. 154-155.
163. Puchalski K., Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia, w: Zachowania zdrowotne, red. A. Gniazdowski... op. cit.
164. Radlińska H., Pedagogika społeczna, Wyd. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław- Kraków 1961.
165. Radzewicz- Winnicki A., Pedagogika społeczna, wyd. PWN, Warszawa 2008.
166. Radzewicz- Winnicki A., Modernizacja niedostrzeganych obszarów rodzimej edukacji, wyd. Śląsk, Katowice 1999.
167. Radzewicz- Winnicki A., Modernizacja środowisk lokalnych w świetle zmiany społecznej, w: Pedagogika społeczna tom 2, red. E. Marynowicz- Hetka, wyd. PWN, Warszawa 2007, s. 416.
168. Ritzer G., Makdonaldyzacja społeczeństwa, wyd. Muza, Warszawa 2003.
169. Rogers R.W, Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. w: Social Psychophysiology, red. J. Cacioppo, R. Petty, wyd. Guilford Press, New York 1983, s. 153-176.
170. Roman E., Młodzież studiująca wobec wartości zdrowia, wyd. Eruditus, Poznań 1998.
171. Rubacha K., Metodologia badań nad edukacją, Oficyna Wydawnicza „Łośgraf”, Warszawa 2012.

172. Sęk H., Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia, w: Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń, red. Z. Ratajczak, I. Heszen- Niejodek, wyd. UŚ, Katowice 1997.
173. Sęk H., Zdrowie behawioralne, w: Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej, wyd. GWP, Gdańsk 2000.
174. Shaughnessy J.J., Zechmeister E.B., Zechmeister J.Z., Metody badawcze w psychologii, wyd. GWP, Gdańsk 2002.
175. Sheridan Ch. L., Radmacher S.A., Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia, wyd. IPZ, Warszawa 1998.
176. Shilling Ch., Socjologia ciała, wyd. PWN, Warszawa 2010, s.15.
177. Siciński A., Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce, Warszawa 1979.
178. Skulicz D., Badania opisowe badania diagnostyczne, w: Podstawy metodologii badań w pedagogice, red. S. Palka, Wyd. GWP, Gdańsk 2010.
179. Skulicz D., Diagnozowanie pedagogiczne, w: Orientacje w metodologii badań
180. Słońska Z., Edukacja zdrowotna a promocja zdrowia, w: Promocja zdrowia, red. J.B. Karski, wyd. Ignis, Warszawa 1999.
181. Słońska Z., Misiuna M., Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów, wyd. Agencja Promo-Lider, Warszawa 1993..
182. Słońska Z., Promocja zdrowia- zarys problematyki, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, nr 1-2.
183. Sokołowska M., Granice medycyny, wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa 1980.
184. Stadnik K., A. Wójtewicz, Anielice czy diabllice. Dziewczęta w szponach seksualizacji i agresji w perspektywie socjologicznej, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009.
185. Sternberg R.J., Psychologia poznawcza, wyd. WSiP, Warszawa 1999.
186. Stochel M., Janas-Kozik M., Przyjaciółki wirtualnej Any — zjawisko proanoreksji w sieci internetowej. „Psychiatria Polska”, nr 5/2010, s. 693—702.
187. Strinati D., *Wprowadzenie do kultury popularnej*, przeł. W. J. Burszta, wyd. Zyska i S-ka, Poznań 1998.
188. Suliga E., Zachowania zdrowotne związane z żywieniem osób dorosłych i starszych, *Hygeia Public Health*, 2010, 45(1); 44-48.
189. Sygnowska i in., Spożycie produktów spożywczych przez dorosłą populację Polski. Wyniki programu WOBASZ, „Kardiologia Polska” 2005, nr 6, s. 1–7.
190. Syrek E., Kulturowe aspekty zachowań zdrowotnych w sytuacji zmiany społecznej, w: Społeczeństwo. Demokracja. Edukacja. Nowe wyzwania w pracy socjalnej, red. K. Marzec- Holka, wyd. Uczelniane Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2000.
191. Syrek E., Pedagogika zdrowotna- zarys obszarów badawczych, w: Edukacja zdrowotna, red. E.Syrek, K. Borzucka- Sitkiewicz... op. cit.
192. Syrek E., Środowisko, kultura i zdrowie, w: Edukacja zdrowotna, E. Syrek, K. Borzucka- Sitkiewicz, wyd. Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009.
193. Syrek E., Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży w regionie górnośląskim, wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1987.
194. Syrek E., Wychowanie jako przedmiot analiz pedagogiki społecznej i socjologii wychowania, wyd. UŚ, Katowice 1987.
195. Syrek E., Borzucka- Sitkiewicz K., Edukacja zdrowotna. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009.
196. Szczepański J., Konsumpcja a rozwój człowieka, wyd. PWE, Warszawa 1981.
197. Szewczuk W., Słownik psychologiczny, wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa 1985..
198. Szilagyi-Pągowska I. Zachowania zdrowotne i styl życia, w: Opieka zdrowotna nad rodziną, red. W.K. Bożkova, A. Sito, wyd. PZWL, Warszawa 1994.

199. Sztumski J., Wstęp do metodologii i technik badań społecznych, Katowice 1995.
200. Świerkocki M., Postmodernizm. Paradygmat nowej kultury, wyd. Uniwersytet Łódzki, Łódź 1997.
201. Tannahill A., Health education and health promotion: Planning for the 1990s „Health Education Journal”, 1990 nr 4, s. 194-198.
202. Tobiasz- Adamczyk B., Preferencje, wybory określonych produktów żywnościowych, w: Od socjologii medycyny do socjologii żywienia, red. B. Tobiasz- Adamczyk, wyd. UJ, Kraków. 2013.
203. Tobiasz- Adamczyk B., Socjologiczne ujęcie zachowań w zdrowiu, w: Od socjologii medycyny do socjologii żywienia, red. B. Tobiasz-Adamczyk, wyd. UJ, Kraków 2013.
204. Tobiasz- Adamczyk B., Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby, wyd. UJ, Kraków 2000.
205. Ubramowska- Żyto B., Socjologiczne koncepcje zdrowia i choroby, w: Socjologia medycyny. Podejmowane problemy. Kategorie analizy, red. A. Ostrowska, wyd. Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2009.
206. Veblen T., Teoria klasy próżniaczej, wyd. Muza, Warszawa 2008.
207. Wakefield J.C. , Disorder as harmful dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder „Psychol Rev” 1992; 99(2): 232-247.
208. Wallston A.K., Assessment of control in health care settings, w: Stress, personal control and health, red. A. Steptoe, A. Appels, wyd. Wiley, London 1989.
209. Wąsala P., O amerykańskiej polskiej telewizji publicznej „Kultura i Społeczeństwo” 1996, nr 2, s. 96.
210. Weiss O., Świadomość na temat własnego ciała i zdrowia w nowoczesnym społeczeństwie, Lider (6) 1996, s. 5-7.
211. Wiatrowska A., Jakość życia w zaburzeniach odżywiania, wyd. Uniwersytet Marii Skłodowskiej- Curie, Lublin 2009.
212. Wiseman C. Gray J., Moismann J., Culture expectations of thinness in women: An update. „International Journal of Eating Disorders”, no. 1/1992, s. 85-89.
213. Wojtyna E., Stawiarska P., O współczesnym rozumieniu zdrowia, w: Kultura współczesna a zdrowie: aspekty psychologiczne, red. M. Górnik- Durose, wyd. GWP, Sopot 2013.
214. Woynarowska B., Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki, wyd. PWN, Warszawa 2010.
215. Woynarowska B., Aktywność fizyczna : Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania, red. Woynarowska B., Kowalewska A., Izdebski Z., wyd. PWN, Warszawa 2010.
216. Woynarowska B., Aktywność fizyczna : Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania, red. B. Woynarowska B., Kowalewska A., Izdebski Z., wyd. PWN, Warszawa 2010..
217. Woynarowska B., Edukacja do dbałości o ciało, w: Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka, red. B. Woynarowska, wyd. PWN, Warszawa 2018.
218. Woynarowska B., Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce 2011, s. 12.
219. Woynarowska B., Modele czynników warunkujących zdrowie, w: Edukacja zdrowotna, red. B. Woynarowska, wyd. PWN, Warszawa 2017.
220. Woynarowska B., Podstawy teoretyczne i strategię edukacji zdrowotnej w szkole “Lider” 1999 nr 1, s. 15.
221. Woynarowska B., Siedliskowe podejście do zdrowia, w: Promocja zdrowia, red. J.B. Karski... op. cit.

222. Woynarowska B., Sokołowska M., Szkoła Promująca Zdrowie: doświadczenia dziesięciu lat, Warszawa 2000.
223. Woynarowska B., Zdrowie i czynniki je warunkujące, w: Edukacja zdrowotna w szkole. Promocja zdrowia dzieci i młodzieży w Europie, red. B. Woynarowska, wyd. PWN, Warszawa 1995.
224. Woynarowska B., Zdrowie i szkoła, wyd. PZWL, Warszawa 2000.
225. Woynarowska B., Zdrowie, edukacja zdrowotna, promocja zdrowia, w: Biologiczne i metodyczne podstawy rozwoju i wychowania, red. A. Jaczewski, wyd. Żak, Warszawa 2001.
226. Wójtewicz A., Ciało w kulturze konsumpcji, wyd. Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2014.
227. Wrześniewski K., Styl życia a zdrowie, wyd. Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 1993.
228. Wysocki M.J., Miller M., Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne, „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, 57, s. 505-512.
229. Zaczynski W., Praca badawcza nauczyciela, Warszawa, WSiP, 1995.
230. Zadworna- Cieślak M., Ogińska- Bulik N., Zachowania zdrowotne młodzieży- uwarunkowania podmiotowe i rodzinne, wyd. DIFIN, Warszawa 2011.
231. Zarek A., Obraz ciała w ujęciu procesu lub obiektu a satysfakcja z własnego ciała, Roczniki Pomorskiej akademii Medycznej w Szczecinie, 2009,55,1,100-106.
232. Zaręba E., Badania empiryczne ilościowe i jakościowe w pedagogice, w: Orientacje w metodologii badań pedagogicznych, red. S. Palka, wyd. UJ, Kraków 1998.
233. Zawadzka B., Życie i zdrowie jako wartość niedoceniana we współczesnym świecie „Studium Vilnense A”, 2017 t.14.
234. Zawadzka B., Pedagogika zdrowia (ujęcie historyczne), w: Pedagogika zdrowia w teorii i praktyce, red. B. Zawadzka, T. Łączka, wyd. UJK, Kielce 2017.

Źródła internetowe:

1. <http://bezcukru.org.pl/pierwsze-kroki-z-cukrzyca/styl-zycia/item/268-niebezpieczne-diety-odchudzaj%C4%85ce> [dostęp 10.07.2014 r.].
2. <http://dziecisawazne.pl/syrop-glukozowo-fruktozowy-czyli-slodki-smak-chorob/> [dostęp z 18.03.2018 r.]
3. http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/oz_miasta_w_liczbach_2009_notatka_infor.pdf [dostęp 01.11.2014r]
4. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkancow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html> [dostęp 05.06.2014r.]
5. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkancow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html> [dostęp 05.06.2016r.]
6. <http://www.dziennikpolski24.pl/artukul/9246051,co-to-sa-tluszcz-e-utwardzone-i-dlaczego-powinnismy-ich-unikac,id,t.html> [dostęp 18.03.2018 r.]
7. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity> [dostęp 10.07.2014 r.]
8. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity> [dostęp z dn. 10.07.2014 r.]
9. <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2007-2015/> [dostęp z dn. 20.12.2017 r.]
10. <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2016-2020/cele-operacyjne-npz/> [dostęp 20.12.2017 r.]

11. http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Poland/nhp_polen.pdf [dostęp 30.08.2017 r.]
12. <http://www.wyhamujwpore.pl/Articles/view/24/Limity-spozycia> [dostęp 28.06.2016r.]
13. <http://zdrowie.dziennik.pl/dziecko/artykuly/464719,dlaczego-dzieci-lubia-slodycze-i-fastfoody.html> [dostęp 18.03.2018 r.].
14. <https://www.ore.edu.pl/wp-content/uploads/2017/05/wychowanie-fizyczne.-pp-z-komentarzem.-szkola-podstawowa-1.pdf> [dostęp 01.08.2018 r.]
15. Report of the APA, Task Force of the Sexualization of Girls
<http://www.apa.org/pi/women/programs/girls/report.aspx> [dostęp 10.10.2016r]
16. www.izz.waw.pl [dostęp z dn. 29.03.2015 r.]

Dokumenty i raporty z badań:

1. CBOS Komunikat z badań, Czy jesteśmy zadowoleni ze swojego wyglądu? nr 104/2017, Warszawa 2017.
2. CBOS Komunikat z badań, Zachowania żywieniowe Polaków, nr 115/2014, Warszawa 2014.
3. CBOS Komunikat z badań, Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków, nr 138/2016, Warszawa 2016.
4. CBOS, Komunikat z badań, nr 115/2014.
5. Global strategy on diet, physical activity and health, Fifty-Seventh World Health Assembly. WHA57.17. Agenda item 12.6. 22 May 2004.
6. GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku, Warszawa 2016
7. GUS, Zdrowie i zachowania zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r, Warszawa 2015.
8. Health Policy in Europe, eds. Laaser U., de Leeuw E., Stock Ch., Juventa Verlag, Munchen 1995.
9. Kantar Public, Ministerstwa Sportu i turystyki, Poziom aktywności fizycznej Polaków 2017, s.3
10. Minister of Supply and Services Canada, Strategies for Population Health Investing in the Health of Canadians, Publications Health Canada, Ottawa 1994.
11. Podstawa programowa wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół, obowiązująca od roku szkolnego 2009/10.
12. TNS Aktywność sportowa Polaków, Raport z badań.

SPIS RYSUNKÓW

Ryc. 1. Podział podstawowych definicji zdrowia.....	14
Ryc. 2. Wymiary zdrowia w modelu holistycznym	18
Ryc. 3. Koncepcja "pól zdrowia"	23
Ryc. 4. Mandala zdrowia.....	25
Ryc. 5. Tęcza czynników zdrowia.....	28
Ryc. 6. Wybrane zjawiska obecne w przekazach kultury masowej	69
Ryc. 7. Ilustracja modeli edukacji zdrowotnej (tradycyjnej i współczesnej)	106
Ryc. 8. Graficzny model badań i zależności między zmiennymi.....	130
Ryc. 9. Graficzny model wykorzystanych metod, technik i narzędzi badawczych do badań diagnostyczno- weryfikacyjnych.....	135
Ryc. 10. Plusy i minusy kluczowych elementów omówionych zjawisk obecnych w przekazach medialnych.....	337
Ryc. 11. Ilustracja komplementarnej edukacji zdrowotnej i medialnej w ramach systemów społecznych	340
Ryc. 12. Teoretyczny model skutecznych oddziaływań edukacyjnych w ramach makrosystemu społecznego	341
Ryc. 13. Teoretyczny model skutecznych oddziaływań edukacyjnych w ramach mezosystemu społecznego	342
Ryc. 14. Teoretyczny model skutecznych oddziaływań edukacyjnych w ramach mikrosystemu społecznego	343

SPIS WYKRESÓW

Wykres 1. Podział próby ze względu na miejsce zamieszkania.....	139
Wykres 2. Podział próby ze względu na poziom wykształcenia	140
Wykres 3. Podział próby ze względu na wiek.....	141
Wykres 4. Podział próby ze względu na płeć	141
Wykres 5. Pozycyjne statystyki opisowe poziomu percepcji seksualizacji względem kategorii odpowiedzi pytania 52 (liczba partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku) ..	310
Wykres 6. Pozycyjne statystyki opisowe poziomu percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji względem kategorii odpowiedzi pytania 14 (częstość spożywania fast-foodów).....	314

SPIS TABEL

Tabela 1. Porównanie modelu biomedycznego i holistycznego.....	19
Tabela 2. Strategia ilościowa vs. strategia jakościowa.....	116
Tabela 3. Wskaźniki zmiennych niezależnych.....	125
Tabela 4. Wskaźniki zmiennych zależnych.....	128
Tabela 5. Poszczególne grupy zjawisk obecnych w przekazach medialnych wraz z punktacją (Skala Percepcji Kultury Masowej- Aneks nr 3).....	133

Tabela 6. Poszczególne wymiary tworzące Skalę Zachowań Prozdrowotnych (wraz z punktacją)	134
Tabela 7. Miasta i wsi, w których przeprowadzono badania w ramach doboru losowego warstwowego	138
Tabela 8. Zadowolenie respondentów z własnego wyglądu zewnętrznego	147
Tabela 9. Obraz własnego ciała w percepcji badanych	148
Tabela 10. Wartości wskaźnika BMI badanych ze względu na zadowolenie ze swojego wyglądu- ogółem	150
Tabela 11. Wartości wskaźnika BMI badanych ze względu na zadowolenie ze swojego wyglądu- kobiety	151
Tabela 12. Wartości wskaźnika BMI badanych ze względu na zadowolenie ze swojego wyglądu- mężczyźni	151
Tabela 13. Zależność pomiędzy obrazem ciała badanych a ich skategoryzowanym rzeczywistym BMI	152
Tabela 14. Zależność pomiędzy zadowoleniem z wyglądu badanych a ich skategoryzowanym rzeczywistym BMI	153
Tabela 15. Ewentualne zmiany w wyglądzie, czynniki mające wpływ na ocenę wyglądu, wybrane środki służące do zmiany wyglądu, chęć oraz motywy ewentualnej możliwości poddania się zabiegom medycyny estetycznej przez badanych (zbiorczo).....	154
Tabela 16. Ilość spożywanych posiłków przez badanych	159
Tabela 17. Odstępy czasowe między posiłkami mieszkańców województwa śląskiego	161
Tabela 18. Codzienne spożywanie owoców przez badanych.....	163
Tabela 19. Częstość spożywania słodczy przez badanych	166
Tabela 20. Codzienne spożywanie warzyw przez badanych.....	168
Tabela 21. Podjadanie między posiłkami wg deklaracji respondentów	170
Tabela 22. Spożywanie słodkich napojów przez respondentów	172
Tabela 23. Stwierdzenia opisujące sposób odżywiania badanych/ podział odpowiedzi ze względu na płeć	174
Tabela 24. Stwierdzenia opisujące sposób odżywiania badanych/ podział odpowiedzi ze względu na poziom wykształcenia	176
Tabela 25. Stwierdzenia opisujące sposób odżywiania badanych/ podział odpowiedzi ze względu na wiek	177
Tabela 26. Stwierdzenia opisujące sposób odżywiania badanych/ podział odpowiedzi ze względu na miejsce zamieszkania	179
Tabela 27. Stosowanie specjalnych diet przez respondentów	181
Tabela 28. Źródła informacji na temat stosowanych przez badanych diet oraz powody ich stosowania	182
Tabela 29. Częstość spożywania przez badanych żywności typu fast-food.....	184
Tabela 30. Powody sięgania przez badanych po żywność typu fast- food.....	185
Tabela 31. Znaczenie przekazów medialnych dla zdrowego odżywiania, korzystania z restauracji typu fast-food oraz	186
Tabela 32. Stosowanie przez badanych suplementów dostępnych bez recepty	189
Tabela 33. Aktywność fizyczna respondentów	190
Tabela 34. Rodzaj najczęściej uprawianej przez badanych aktywności ruchowej (możliwy wybór maksymalnie dwóch rodzajów aktywności)- płeć.....	192
Tabela 35. Rodzaj najczęściej uprawianej przez badanych aktywności ruchowej (możliwy wybór maksymalnie dwóch rodzajów aktywności)- wykształcenie.....	194
Tabela 36. Rodzaj najczęściej uprawianej przez badanych aktywności ruchowej (możliwy wybór maksymalnie dwóch rodzajów aktywności)- wiek	195

Tabela 37. Rodzaj najczęściej uprawianej przez badanych aktywności ruchowej (możliwy wybór maksymalnie dwóch rodzajów aktywności - miejsce zamieszkania).....	196
Tabela 38. Czas spędzany przed komputerem lub telewizorem w ciągu dnia (wg deklaracji badanych).....	197
Tabela 39. Czas poświęcany przez badanych na pielęgnację ciała każdego dnia	199
Tabela 40. Miesięczne wydatki badanych na kosmetyki i środki do pielęgnacji ciała	200
Tabela 41. Korzystanie przez badanych z usług związanych z pielęgnacją i dbałością o ciało- płeć	201
Tabela 42. Korzystanie przez badanych z usług związanych z pielęgnacją i dbałością o ciało- wyszkolenie.....	202
Tabela 43. Korzystanie przez badanych z usług związanych z pielęgnacją i dbałością o ciało- wiek (wybór dowolnej liczby odpowiedzi)	204
Tabela 44. Korzystanie przez badanych z usług związanych z pielęgnacją i dbałością o ciało- miejsce zamieszkania (wybór dowolnej liczby odpowiedzi)	205
Tabela 45. Powody stosowania suplementów diety wg deklaracji respondentów	206
Tabela 46. Motywy uprawiania aktywności fizycznej wg deklaracji badanych	207
Tabela 47. Motywy korzystania z usług związanych z dbałością o ciało wg deklaracji badanych (możliwy wybór maksymalnie dwóch odpowiedzi)	207
Tabela 48. Zachęcenie do aktywności fizycznej i stosowania suplementów diety przez przekazy medialne i udział osób przypominających lekarzy/ specjalistów (wg deklaracji respondentów)	208
Tabela 49. Liczba partnerów seksualnych w ciągu ostatniego roku wg deklaracji badanych	210
Tabela 50. Epizody „przygodnego seksu” wśród respondentów	212
Tabela 51. Epizody seksu bez prezerwatywy wśród respondentów.....	213
Tabela 52. Stwierdzenia opisujące przekonania badanych na temat zachowań seksualnych	214
Tabela 53. Mycie zębów minimum 2 razy dziennie wg deklaracji respondentów.....	216
Tabela 54. Regularne wykonywanie kontroli stomatologicznych przez badanych.....	217
Tabela 55. Wykonywanie badania cytologicznego przez badane kobiety	219
Tabela 56. Wykonywanie samobadania piersi przez ankietowane kobiety	220
Tabela 57. Wykonywanie kontrolnego badania krwi przez respondentów	221
Tabela 58. Wykonywanie kontrolnego badania moczu przez ankietowanych.....	222
Tabela 59. Wykonywanie kontrolnych pomiarów ciśnienia przez respondentów	223
Tabela 60. Wykonywanie przez ankietowanych kontrolnych pomiarów wagi.....	225
Tabela 61. Źródła informacji na temat zdrowia wykorzystywane przez badanych (wybór maksymalnie dwóch źródeł) - płeć.....	226
Tabela 62. Zachęcenie do badań profilaktycznych przez udział celebrytów i gwiazd w kampaniach oraz przez kampanie z udziałem mediów (wg deklaracji respondentów).....	227
Tabela 63. Częstość spożywania alkoholu przez mieszkańców województwa śląskiego.....	228
Tabela 64. Palenie wyrobów tytoniowych przez mieszkańców województwa śląskiego	230
Tabela 65. Epizody stosowania substancji psychoaktywnych (marihuana, dopalacze, i in.) przez mieszkańców województwa śląskiego.....	232
Tabela 66. Opinie badanych na temat możliwości zabawy bez spożywania alkoholu i innych substancji „wspomagających”	233
Tabela 67. Czas trwania snu mieszkańców województwa śląskiego	235
Tabela 68. Codzienne poświęcanie czasu na relaks/odpoczynek wg deklaracji badanych....	237
Tabela 69. Indywidualne sposoby respondentów na radzenie sobie ze stresem	238
Tabela 70. Zwracanie się o wsparcie do bliskich wg deklaracji badanych	239
Tabela 71. Nawiazywanie nowych znajomości przez badanych.....	240
Tabela 72. Częstość spędzania czasu z bliskimi/ przyjaciółmi wg deklaracji badanych	241
Tabela 73. Problemy w relacjach z płcią przeciwną deklarowane przez ankietowanych	242

Tabela 74. Dwie cechy wyglądu zewnętrznego brane pod uwagę przy ocenianiu osoby płci przeciwnej przez badanych (kategoryzacja pytania otwartego)	243
Tabela 75. Cechy/ zachowania istotne podczas dokonywania ogólnej oceny osoby płci przeciwnej przez badanych.....	244
Tabela 76. Statystyki opisowe dla wymiaru zachowań związanych z odżywianiem (Skala Zachowań Prozdrowotnych).....	246
Tabela 77. Statystyki opisowe dla wymiaru aktywność fizyczna i dbałość o ciało (Skala Zachowań Prozdrowotnych).....	247
Tabela 78. Statystyki opisowe dla wymiaru zachowania prewencyjne (odrębnie dla kobiet i mężczyzn) oraz zachowania prewencyjne nr 2 (ujednoliconą zmienną dla kobiet i mężczyzn) (Skala Zachowań Prozdrowotnych)	248
Tabela 79. Statystyki opisowe dla wymiaru zachowania seksualne (Skala Zachowań Prozdrowotnych)	249
Tabela 80. Statystyki opisowe dla wymiaru zachowania seksualne (Skala Zachowań Prozdrowotnych)	250
Tabela 81. Statystyki opisowe dla wymiaru zachowania związane ze zdrowiem psychospołecznym (Skala Zachowań Prozdrowotnych)	251
Tabela 82. Postrzeganie własnego ciała przez mieszkańców województwa śląskiego (patrz legenda)	252
Tabela 83. Statystyki opisowe dla wymiaru postrzeganie ciała	252
Tabela 84. Kult idealnego ciała w percepcji respondentów	256
Tabela 85. Statystyki opisowe dla podskali Kult idealnego ciała	258
Tabela 86. Ideał kobiecego ciała promowany w mediach w opinii badanych	259
Tabela 87. Ideał męskiego ciała promowany w mediach w opinii respondentów	260
Tabela 88. Opinia badanych na temat naturalności wizerunków postaci przedstawianych w mediach.....	261
Tabela 89. Opinia badanych na temat wpływu wizerunków przedstawianych w mediach na sposób postrzegania własnego ciała przez odbiorców	262
Tabela 90. Opinia badanych na temat promowania przez media zdrowego żywienia.....	264
Tabela 91. Opinia badanych na temat promowania przez media aktywności fizycznej	265
Tabela 92. Opinia badanych na temat sposobu przedstawiania przez media osób szczupłych- (możliwy wybór maksymalnie dwóch stwierdzeń)- płeć	267
Tabela 93. Opinia badanych na temat sposobu przedstawiania przez media osób szczupłych- (możliwy wybór maksymalnie dwóch stwierdzeń)- wykształcenie	268
Tabela 94. Opinia badanych na temat sposobu przedstawiania przez media osób szczupłych- (możliwy wybór maksymalnie dwóch stwierdzeń)- wiek	269
Tabela 95. Opinia badanych na temat sposobu przedstawiania przez media osób szczupłych- (możliwy wybór maksymalnie dwóch stwierdzeń)- miejsce zamieszkania.....	270
Tabela 96. Opinia badanych na temat sposobu przedstawiania przez media osób z nadwagą (możliwy wybór maksymalnie dwóch stwierdzeń)- płeć	271
Tabela 97. Opinia badanych na temat sposobu przedstawiania przez media osób z nadwagą (możliwy wybór maksymalnie dwóch stwierdzeń)- wykształcenie	271
Tabela 98. Opinia badanych na temat sposobu przedstawiania przez media osób z nadwagą (możliwy wybór maksymalnie dwóch stwierdzeń)- wiek	272
Tabela 99. Opinia badanych na temat sposobu przedstawiania przez media osób z nadwagą (możliwy wybór maksymalnie dwóch stwierdzeń)- miejsce zamieszkania.....	273
Tabela 100. Opinia badanych na temat utożsamiania atrakcyjnego wyglądu w przekazach medialnych z prowadzeniem szczęśliwego życia.....	274
Tabela 101. Cechy ciała kobiecego prezentowanego przez środki masowego przekazu wg deklaracji badanych (kategoryzacja pytania otwartego)	276

Tabela 102. Cechy ciała męskiego prezentowanego przez środki masowego przekazu wg deklaracji badanych (kategoryzacja pytania otwartego)	276
Tabela 103. Seksualizacja w percepcji respondentów.....	277
Tabela 104. Statystyki opisowe dotyczące podskali Seksualizacja życia	279
Tabela 105. Opinia badanych na temat przedstawiania kobiet i mężczyzn w przekazach medialnych jako obiektów seksualnych	280
Tabela 106. Opinia badanych na temat wykorzystywania asocjacji seksualnych w przekazach medialnych nie mających charakteru seksualnego	281
Tabela 107. Prymat przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji w percepcji respondentów.....	283
Tabela 108. Statystyki opisowe dla podskali Prymat przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji	284
Tabela 109. Opinia badanych na temat zjawiska łączenia zakupu nowych towarów z odczuwaniem szczęścia w przekazach medialnych.....	285
Tabela 110. Medykalizacja życia codziennego w percepcji respondentów	287
Tabela 111. Statystyki opisowe dotyczące podskali Medykalizacja codziennego życia	288
Tabela 112. Czerpanie informacji na temat zdrowia i choroby z mass mediów wg deklaracji badanych.....	290
Tabela 113. Opinia respondentów na temat promowania w mediach zdrowia jako wartości	291
Tabela 114. Kontakt respondentów z kampaniami profilaktycznymi w przekazach medialnych	292
Tabela 115. Przekazy reklamowe widziane przez respondentów w ciągu ostatniego tygodnia (kategoryzacja pytania otwartego w oparciu o pojęcia charakterystyczne dla zjawiska medykalizacja).....	293
Tabela 116. Współczynnik korelacji tau Kendalla ogółem i w podziale na płeć.....	297
Tabela 117. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale na wiek.....	298
Tabela 118. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wykształcenie	299
Tabela 119. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na miejsce zamieszkania.....	299
Tabela 120. Wyniki testu U Manna Whitneya dla sposobu percepcji kultu idealnego ciała i stosowania diet	300
Tabela 121. Współczynnik korelacji tau Kendalla ogółem i w podziale ze względu na płeć.....	301
Tabela 122. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wiek.....	302
Tabela 123. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wykształcenie	302
Tabela 124. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na miejsce zamieszkania.....	303
Tabela 125. Wyniki testu Kruskala Wallisa dla sposobu percepcji kultu idealnego ciała i aktywności fizycznej	304
Tabela 126. Współczynnik korelacji tau Kendalla ogółem i w podziale ze względu na płeć	305
Tabela 127. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wiek.....	306
Tabela 128. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wykształcenie	306
Tabela 129. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na miejsce zamieszkania.....	307
Tabela 130. Współczynnik korelacji tau Kendalla ogółem i w podziale ze względu na płeć	308
Tabela 131. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wiek.....	308
Tabela 132. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wykształcenie	309

Tabela 133. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na miejsce zamieszkania.....	309
Tabela 134. Wyniki testu Kruskalla Wallisa dla sposobu percepcji seksualizacji życia i liczb partnerów seksualnych	310
Tabela 135. Współczynnik korelacji tau Kendalla ogółem i w podziale ze względu na płeć	311
Tabela 136. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wiek.....	312
Tabela 137. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wykształcenie	313
Tabela 138. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na miejsce zamieszkania.....	313
Tabela 139. Wyniki testu Kruskalla Wallisa dla sposobu percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji i częstości spożywania fast- foodów	314
Tabela 140. Współczynnik korelacji tau Kendalla ogółem i w podziale ze względu płeć.....	316
Tabela 141. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wiek.....	316
Tabela 142. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wykształcenie	317
Tabela 143. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na miejsce zamieszkania.....	317
Tabela 144. Współczynnik korelacji tau Kendalla ogółem i w podziale ze względu płeć.....	319
Tabela 145. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu wiek.....	319
Tabela 146. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wykształcenie	320
Tabela 147. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na miejsce zamieszkania.....	320
Tabela 148. Współczynnik korelacji tau Kendalla ogółem i w podziale ze względu na płeć	322
Tabela 149. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wiek.....	323
Tabela 150. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na wykształcenie	323
Tabela 151. Współczynnik korelacji tau Kendalla w podziale ze względu na miejsce zamieszkania.....	324
Tabela 152. Współczynnik korelacji tau Kendalla (zachowania prewencyjne- zmienna z różną liczbą punktów dla mężczyzn i kobiet) w podziale na płeć.....	325
Tabela 153. Współczynnik korelacji tau Kendalla (zachowania prewencyjne- zmienna z ujednoliconą liczbą punktów dla kobiet i mężczyzn) ogółem i w podziale na płeć.....	326
Tabela 154. Współczynnik korelacji tau Kendalla (zachowania prewencyjne- zmienna z ujednoliconą liczbą punktów dla kobiet i mężczyzn) w podziale na wiek.....	326
Tabela 155. Współczynnik korelacji tau Kendalla (zachowania prewencyjne- zmienna z ujednoliconą liczbą pkt dla kobiet i mężczyzn) w podziale na wykształcenie.....	327
Tabela 156. Współczynnik korelacji tau Kendalla (zachowania prewencyjne- zmienna z ujednoliconą liczbą pkt dla kobiet i mężczyzn) w podziale na miejsce zamieszkania.....	327
Tabela 157. Weryfikacja hipotez- zbiorczo.....	329

ANEKS 1

Autorski Kwestionariusz Podejmowanych Zachowań Zdrowotnych

Szanowni Państwo!

Znajdujący się w Państwa rękach kwestionariusz zawiera pytania dotyczące zachowań związanych ze zdrowiem. Kwestionariusz jest całkowicie anonimowy, a Państwa odpowiedzi nie będą w żaden sposób oceniane- stanowią jedynie źródło informacji, dlatego proszę o udzielanie ich zgodnie z prawdą. Odpowiedzi pochodzące z niniejszego kwestionariusza stanowią istotny element badań prowadzonych w Katedrze Pedagogiki Społecznej Uniwersytetu Śląskiego.

Kwestionariusz ankiety proszę wypełnić zaznaczając jedną z podanych odpowiedzi na każde pytanie chyba, że polecenie w nawiasie wskazuje inaczej. Wybraną odpowiedź proszę zaznaczyć krzyżykiem. Kwestionariusz zawiera również pytania półotwarte i otwarte, w których należy wypisać czytelnie własną odpowiedź. Z góry dziękuję za poświęcony czas oraz poważne potraktowanie prowadzonych badań

Dorota Gawlik

1. Ile posiłków jada Pani/Pan w ciągu dnia?

- a. 1-2 posiłki
- b. 3 posiłki
- c. 4-5 posiłków
- d. 6 i więcej

2. W jakich odstępach czasowych spożywa Pani/Pan posiłki?

- a. Co ok. 2-3 h
- b. Co ok. 4 h
- c. Co ok. 5 h
- d. 6 h lub więcej

3. Czy Pani/Pan jada codziennie owoce?

- a. Jem owoce przynajmniej 1 raz dziennie
- b. Jem owoce 2-3 razy dziennie
- c. Jem owoce 4-5 razy dziennie
- d. Jem owoce tylko kilka razy w tygodniu
- e. Jem owoce raz w tygodniu lub rzadziej

4. Jak często jada Pani/Pan słodycze?

- a. Codziennie
- b. Kilka razy w tygodniu
- c. Raz w tygodniu
- d. Kilka razy w miesiącu lub rzadziej

5. Czy Pani/Pan jada codziennie warzywa?

- a. Jem warzywa przynajmniej 1 raz dziennie
- b. Jem warzywa 2-3 razy dziennie
- c. Jem warzywa 4-5 razy dziennie
- d. Jem warzywa tylko kilka razy w tygodniu
- e. Jem warzywa raz w tygodniu lub rzadziej

6. Czy podjada Pani/Pan przekąski między posiłkami?

- a. TAK (jakie?).....
- b. NIE

7. Jak często pije Pani/Pan słodkie napoje (np. cola, oranżada, słodkie soki, itp.)?

- a. Codziennie
- b. Kilka razy w tygodniu
- c. Raz w tygodniu
- d. Kilka razy w tygodniu lub rzadziej
- e. W ogóle nie piję

8. Proszę zaznaczyć stwierdzenia, które najlepiej opisują Pani/Pana styl odżywiania? (proszę wybrać maksymalnie cztery stwierdzenia)

- a. Dieta uboga w tłuszcze zwierzęce
- b. Dieta bogata w tłuszcze roślinne, oliwę z oliwek, kwasy omega 3 i 6
- c. Dieta z przewagą tłuszczów zwierzęcych
- d. Dieta bogata w produkty pełnoziarniste i błonnik
- e. Dieta obfitująca w owoce i warzywa
- f. Dieta z przewagą czerwonego mięsa
- g. Dieta wysokoenergetyczna
- h. Dieta niskokaloryczna

9. Czy stosuje Pani/Pan suplementy diety (preparaty witaminowe, odchudzające, łagodzące jakiegokolwiek rodzaju a dostępne bez recepty)? (jeśli zaznaczyła Pani/Pan odp TAK proszę przejść do pytania 10, jeśli NIE- 11)

- a. TAK (jakie?).....
- b. NIE

10. Dlaczego stosuje Pani/Pan suplementy diety?

- a. Ze względu na wpływ reklam
- b. Lekarz mi zalecił
- c. Znajomi polecili, bo sami stosują
- d. Przeczytałam o nich w Internecie
- e. Sama stwierdziłam, że mogą mieć na mnie dobry wpływ
- f. Farmaceutka mi poleciła
- g. Inne.....

11. Czy stosuje Pani/Pan teraz lub stosował/a w przeszłości jakiś specjalny rodzaj diety? (jeśli TAK proszę przejść do pyt. 12, a jeśli nie do 14)

- a. TAK (proszę podać jaka to dieta i kiedy była stosowana).....
.....
- b. NIE

12. Skąd czerpała Pani/Pan informacje na temat stosowanej diety?

- a. Przeczytałam/em o tej diecie w książkach
- b. Przeczytałam/em o tej diecie w Internecie, czasopiśmie lub słyszałam/em w programie telewizyjnym
- c. Lekarz zalecił mi taki rodzaj diety
- d. Znajomi stosowali i okazała się skuteczna więc postanowiłam/em spróbować
- e. Sama/sam wymyśliłam/em ten rodzaj diety
- f. Inne.....

13. Z czego wynika/wynikało stosowanie przez Panią/Pana specjalnej diety?

- a. Chciałam/em być szczuplejsza, ponieważ moi znajomi/znajome są szczupłe/szczupli
- b. Chęć bycia szczupłą/szczupłym wynikała z wpływu telewizji i czasopism, które promują szczupłą sylwetkę
- c. Chęć bycia szczupłą/szczupłym wynikała z sugestii partnera/męża/rodziny
- d. Chęć bycia szczupłą/szczupłym wynikała z chęci bycia zdrową/zdrowym

14. Jak często jada Pani/Pan żywność typu fast-food? (w przypadku wybrania podpunktu f proszę przejść do pyt.16)

- a. Kilka razy w tygodniu
- b. Raz w tygodniu
- c. Kilka razy w miesiącu
- d. Raz w miesiącu
- e. Rzadziej niż raz w miesiącu
- f. W ogóle nie jem tego typu żywności

15. Dlaczego sięga Pani/Pan po tego typu żywność?

- a. Ponieważ mi smakuje
- b. Ponieważ nie mam czasu gotować w domu
- c. Ponieważ ulegam wpływom reklam tego typu restauracji
- d. Ponieważ wszyscy z tego korzystają
- e. Inne (jakie?).....

16. Jak często pije Pani/Pan alkohol?

- a. Codziennie
- b. Kilka razy w tygodniu
- c. Średnio raz w tygodniu
- d. Rzadziej niż raz w tygodniu
- e. W ogóle nie spożywam

17. Czy pali Pani / Pan papierosy?

- a. Tak, codziennie
- b. Tak, kilka razy w tygodniu
- c. Tak, średnio raz w tygodniu
- d. Tak, ale rzadziej niż raz w tygodniu
- e. Nie palę

18. Czy jest Pani/Pan osobą aktywną fizycznie?

- a. Tak, zażywam ruchu codziennie
- b. Tak, zażywam ruchu kilka razy w tygodniu
- c. Tak, ale zażywam ruchu tylko kilka razy w miesiącu
- d. Raczej nie, zażywam ruchu raz w miesiącu lub rzadziej
- e. Zdecydowanie nie
- f. Inna odpowiedź, (jaka?).....

19. Jaką aktywność ruchową najczęściej Pani/ Pan podejmuje? (proszę wybrać maksymalnie dwa rodzaje aktywności uprawiane najczęściej)

- a. Spaceruję, uprawiam Nordic Walking (marsz z kijkami)
- b. Jeżdżę na rowerze
- c. Biegam, uprawiam jogging
- d. Uczęszczam na basen
- e. Uprawiam ćwiczenia typu aerobic, fitness, pilates
- f. Uprawiam dyscyplinę sportu- siatkówka, piłka ręczna, itp. (proszę wymienić jaką?)
.....
- g. Trenuję na siłowni

20. Dlaczego uprawia Pani/Pan aktywność ruchową?

- a. Ze względów zdrowotnych
- b. Aby zachować szczupłą/dobrze zbudowaną sylwetkę
- c. Ponieważ większość moich znajomych ćwiczy
- d. Aktywność fizyczna jest teraz w modzie/ jest promowana w mediach
- e. Inne.....

21. Ile czasu każdego dnia spędza Pani/Pan przed komputerem lub telewizorem?

- a. Mniej niż 1 godzinę
- b. 1-2 godzin
- c. 3- 4 godziny
- d. Ponad 5 godzin

22. Ile czasu poświęca Pani/Pan na codzienną pielęgnację ciała (nie wliczając podstawowej higieny)?

- a. do 30 minut
- b. do 60 minut
- c. powyżej 60 minut

23. Ile miesięcznie wydaje Pani/Pan na środki do pielęgnacji ciała oraz kosmetyki do makijażu?

- a. 50-100 zł
- b. do 200 zł
- c. 201- 300 zł
- d. ponad 300 zł

24. Czy korzysta Pani/Pan z: (możliwy wybór dowolnej ilości odpowiedzi, w wypadku wybrania podpunktu i. proszę przejść do pyt.26)

- a. solarium
- b. fryzjera
- c. kosmetyczki
- d. basenu
- e. sauny
- f. masaży
- g. siłowni i fitness
- h. inne
- i. żadne z powyższych

25. Z czego wynika korzystanie przez Panią/ Pana z ww. usług? (możliwy wybór maksymalnie dwóch odpowiedzi)

- a. poprawa samopoczucia, satysfakcja
- b. poprawa urody
- c. dla sportu i zdrowia
- d. ogólny trend i wpływy środków masowego przekazu- reklam, czasopism, Internetu
- e. wpływy otoczenia- znajomych, przyjaciół
- f. inne (jakie?)

26. Czy myje Pani/Pan zęby, co najmniej 2 razy dziennie?

- a. TAK
- b. NIE

27. Jak często chodzi Pani/Pan na kontrolne badania stomatologiczne?

- a. Regularnie, mniej więcej co 6 miesięcy
- b. Raczej regularnie- około raz na rok
- c. Raczej nieregularnie, rzadziej niż raz na rok
- d. Nieregularnie- co parę lat
- e. W ogóle nie chodzę

28. Jak często wykonuje Pani badanie cytologiczne? (w wypadku mężczyzn proszę ominąć pyt.28 oraz 29)

- a. Regularnie, co 2-3 lata
- b. Nieregularnie, ale co parę lat
- c. Nie wykonuję wcale

29. Czy wykonuje Pani regularnie samobadanie piersi?

- a. Tak regularnie co miesiąc
- b. Tak, ale nieregularnie
- c. Nie wykonuję

30. Jak często wykonuje Pani/ Pan kontrolne badanie krwi?

- a. Raz na rok
- b. Raz na dwa lata
- c. Raz na kilka lat
- d. Nie wykonuję

31. Jak często wykonuje Pani/ Pan kontrolne badanie moczu?

- a. Raz na rok
- b. Raz na dwa lata
- c. Raz na kilka lat
- d. Nie wykonuję

32. Czy wykonuje Pani/Pan kontrolne badania ciśnienia?

- a. TAK
- b. NIE

33. Czy wykonuje Pani/Pan kontrolne pomiary wagi?

- a. TAK
- b. NIE

34. Co skłania Panią/Pana do regularnej samokontroli stanu zdrowia? (możliwy wybór maksymalnie dwóch odpowiedzi)

- a. Zdrowie stanowi dla mnie ogromną wartość
- b. Skłaniają mnie do tego kampanie przeprowadzane za pomocą środków masowego przekazu
- c. Dbanie o zdrowie jest teraz w modzie
- d. Wszyscy z mojego otoczenia tak robią więc ja też
- e. Nie wykonuję regularnej samokontroli stanu zdrowia
- f. Inne (jakie?).....

35. Ile godzin zazwyczaj śpi Pani/Pan w ciągu nocy?

- a. więcej niż 8h
- b. 8-7 h
- c. 6-5 h
- d. ok. 4 h
- e. 3h i mniej

36. Czy codziennie stara się Pani/Pan poświęcać co najmniej kilkanaście minut na odpoczynek/relaks?

- a. TAK
- b. NIE

37. Czy ma Pani/Pan własne sprawdzone sposoby na radzenie sobie z nadmiernym stresem?

- a. TAK (jakie?).....
- b. NIE

38. Czy kiedy ma Pani/Pan jakiś problem to chętnie zwraca się Pani/Pan o pomoc do bliskich?

- a. Tak, dobrze jest wiedzieć, że ma się na kogo liczyć
- b. Nie, moje problemy to moja sprawa więc staram się radzić sobie sama/sam

39. Czy chętnie nawiązuje Pani/Pan nowe znajomości?

- a. TAK
- b. NIE

40. Jak często spędza Pani/Pan czas wspólnie z przyjaciółmi/kolegami?

- a. Raz w tygodniu lub częściej
- b. Kilka razy w miesiącu
- c. Raz w miesiącu
- d. Raz na kilka miesięcy lub rzadziej

41. Czy obserwuje Pani/Pan u siebie jakieś problemy w nawiązywaniu relacji z osobami płci przeciwnej? (jeśli Tak proszę przejść do następnego pytania, a jeśli Nie do pyt.43)

- a. TAK
- b. NIE

42. Pani/Pana zdaniem z czego mogą wynikać te problemy? (możliwy wybór maksymalnie dwóch odpowiedzi)

- a. Mam zbyt wysokie wymagania, co do osób płci przeciwnej
- b. Mam w głowie swój ideał kobiety/mężczyzny i takiej osoby szukam
- c. Nigdy nie trafiam na odpowiednią osobę
- d. Osoby, na które trafiam mają zbyt wysokie wymagania wobec mnie
- e. Jestem w stałym związku, więc nie mam potrzeby zawiązywania bliskich relacji z osobami płci przeciwnej
- f. Inne (jakie?).....

43. Czy Pani/Pana zdaniem możliwa jest dobra zabawa bez alkoholu i innych substancji „wspomagających”?

- a. TAK
- b. NIE

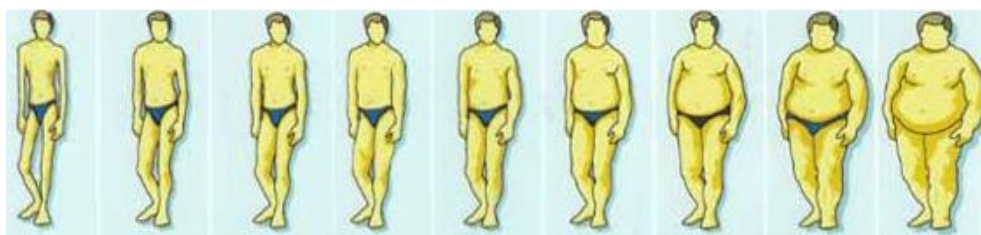
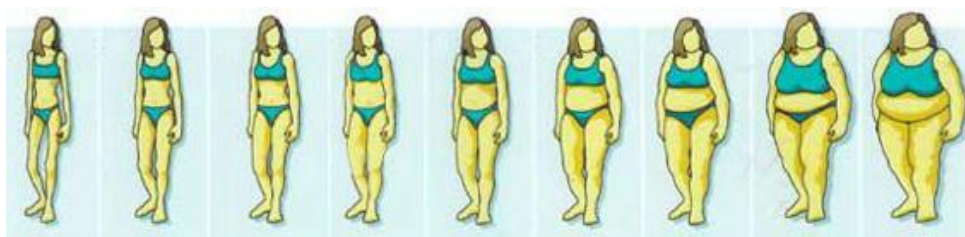
44. Czy zdarzyło się Pani/Panu próbować jakiś substancji psychoaktywnych (marihuana, dopalacze, i in.)

- a. Tak, ale jednorazowo
- b. Tak, biorę je regularnie
- c. Nie, nie zdarzyło mi się

45. Czy jest Pani/Pan zadowolony ze swojego wyglądu?

- a. TAK
- b. NIE

46. Gdyby miała Pani/Pan za pomocą obrazka wskazać swoją budowę ciała, byłoby to (proszę zaznaczyć X pod wybranym obrazkiem odpowiednim dla swojej płci):



47. Czy jest coś, co zmieniałaby/by /Pan w swoim wyglądzie?

- a. TAK (co?).....
- b. NIE.....

48. Co ma największy wpływ na ocenę przez Panią/Pana swojego wyglądu?

- a. To, co widzę w lustrze
- b. To, co mówią mi inni
- c. Porównuję się z moimi znajomymi
- c. Moda lansowana przez środki masowego przekazu
- d. Porównuję się ze sławnymi osobami
- e. Inne.....

49. Za pomocą jakich środków najchętniej zmieniałaby/by Pani/Pan swoje ciało? (proszę wybrać jedną odpowiedź)

- a. operacja plastyczna
- b. dieta
- c. siłownia, ćwiczenia i zdrowy styl życia
- d. Inne(jakie?).....

50. Czy zakłada Pani/ Pan możliwość poddania się kiedykolwiek zabiegom medycyny estetycznej? (jeśli Tak proszę przejść do następnego pytania, a jeśli Nie do pyt. 52)

- a. TAK
- b. NIE

51. Dlaczego byłaby/by Pani/Pan skłonny poddać się takim zabiegom? (proszę wybrać jedną odpowiedź)

- a. Bo jest to jedyna możliwość zmiany części ciała, z których nie jest zadowolona/y
- b. Takie zabieg to teraz norma- wszyscy celebryci i zwykli ludzie się im poddają, oglądam to w TV i Internecie
- c. Moi znajomi poddają się takim zabiegom, więc dlaczego i ja nie miałabym/bym spróbować
- d. Inne (jakie?).....

52. Ile partnerów/partnerek seksualnych miała Pani/Pan w ciągu ostatniego roku?

- a. 1-2
- b. 3-4
- c. 5-6
- d. 7 lub więcej
- e. żadnego

53. Czy zdarzyło się Pani/Panu uprawiać tzw. „przygodny seks”?

- a. TAK
- b. NIE

54. Czy zdarzyło się Pani/Panu uprawiać seks bez zabezpieczenia, mimo, iż nie planowała Pani/Pan posiadania potomstwa?

- a. TAK
- b. NIE

55. Proszę wybrać stwierdzenie, które są najbardziej zgodne z Pani/Pana przekonaniami: (proszę wybrać jedną odpowiedź)

- a. Posiadanie stałego partnera seksualnego świadczy o dbałości o własne ciało i zdrowie
- b. Posiadanie stałego partnera seksualnego w obecnych czasach nie jest możliwe
- c. Posiadanie stałego partnera seksualnego jest nudne i może ograbić człowieka z przyjemności i wielu niezapomnianych przygód

56. Czy udział w różnego typu kampaniach profilaktycznych gwiazd, dziennikarzy i celebrytów, zachęcił Panią/ Pana do udziału w nich?

- a. TAK
- b. NIE

57. Czy kampanie profilaktyczne realizowane z udziałem mediów zachęciły kiedyś Panią/Pana do wykonania badań profilaktycznych?

- a. TAK (jakich badań i dlaczego?).....
- b. NIE

58. Czy przekazy medialne zachęciły kiedykolwiek Panią/Pana do zdrowego odżywiania?

- a. TAK
- b. NIE

59. Czy przekazy medialne (reklamy, programy TV, itp.) zachęciły kiedykolwiek Panią/Pana do aktywności fizycznej?

- a. TAK
- b. NIE

60. Czy reklamy restauracji typu fast-food zachęciły Panią/ Pana kiedykolwiek do skorzystania z nich?

- a. TAK
- b. NIE

61. Czy reklamy gotowych półproduktów spożywczych mających „ulatwić życie” zachęciły Panią/ Pana kiedykolwiek do skorzystania z nich?

- a. TAK
- b. NIE

62. Czy udział osób przypominających lekarzy, czy specjalistów, w reklamach różnych specyfików dostępnych bez recepty, zachęciło kiedykolwiek Panią/Pana do zakupu takich środków?

- a. TAK
- b. NIE

63. Jakie dwie cechy wyglądu zewnętrznego bierze Pani/Pan pod uwagę oceniając osobę płci przeciwnej- potencjalnego partnera?

.....

64. Co jest dla Pani/Pana najważniejsze podczas dokonywania ogólnej oceny osoby płci przeciwnej- potencjalnego partnera?(proszę krótko opisać cechy, zachowania, itp.)

.....

.....

65. Skąd najczęściej czerpie Pani/Pan informacje na tematy związane ze zdrowiem (proszę zaznaczyć maksymalnie dwa źródła informacji):

- a. Od lekarza
- b. Od znajomych
- c. Z telewizji
- d. Z Internetu
- e. Z gazet
- f. Z książek i czasopism naukowych
- g. Inne (jakie?).....

METRYCZKA:

1. Płeć:

- a. Kobieta
- b. Mężczyzna

2. Wiek:.....

3. Wykształcenie:

- a. Podstawowe
- b. Zawodowe
- c. Średnie
- d. Wyższe: a. I stopnia: licencjackie/inżynierskie b. II stopnia magisterskie

4. Miejsce zamieszkania:

- a. małe miasto (poniżej 20 tys. mieszkańców)
- b. średnie miasto (20-100 tys. mieszkańców)
- c. duże miasto (powyżej 100 tys. mieszkańców)
- d. wieś

Nazwa miasta lub wsi, w którym Pani/Pan mieszka.....

5. Waga....., wzrost....., noszony rozmiar ubrań.....

ANEKS 2

Autorski Kwestionariusz Percepcji Przekazów Kultury Masowej

Szanowni Państwo!

Niniejszy kwestionariusz zawiera pytania dotyczące przekazów medialnych i kultury masowej. Kwestionariusz ten również jest całkowicie anonimowy, a Państwa odpowiedzi nie będą w żadne sposób oceniane- stanowią jedynie źródło informacji, dlatego proszę o udzielanie ich zgodnie z prawdą. Odpowiedzi pochodzące z niniejszego kwestionariusza stanowią będą istotny element badań prowadzonych w Katedrze Pedagogiki Społecznej Uniwersytetu Śląskiego.

Kwestionariusz ankiety proszę wypełnić zaznaczając jedną z podanych odpowiedzi na każde pytanie chyba, że polecenie wskazuje inaczej. Wybraną odpowiedź proszę zaznaczyć krzyżykiem. Kwestionariusz zawiera również pytania półotwarte i otwarte, w których należy wypisać czytelnie własną odpowiedź. Z góry dziękuję za poświęcony czas oraz poważne potraktowanie prowadzonych badań

Dorota Gawlik

1. Czy czerpie Pani/ Pan informacje na tematy związane ze zdrowiem (np. o dietach, ćwiczeniach, lekach, chorobach, wynikach badań, itp.) z mediów (czasopisma, Internet, telewizja, itp.)?

- a. TAK
- b. NIE

2. Za pomocą obrazków znajdujących się obok, proszę wskazać jaki ideał kobiecego ciała jest obecnie promowany w mediach?

a.



b.



c.



3. Za pomocą poniższych obrazków, proszę wskazać jaki ideał męskiego ciała jest obecnie promowany w mediach?

a.



b.



c.



4. Czy uważa Pani/Pan, że kobiece i męskie ciała prezentowane w mediach wyglądają naturalnie?

a. TAK

b. NIE

c. NIE WIEM

5. Proszę podać 4 cechy ciała kobiecego prezentowanego przez środki masowego przekazu?

.....

.....

.....

.....

6. Proszę podać 4 cechy ciała męskiego prezentowanego przez środki masowego przekazu?

.....

.....

.....

.....

7. Czy uważa Pani/Pan że prezentowany w mediach wizerunek ciała może wpływać negatywnie na postrzeganie własnego ciała?

- a. Tak
- b. Nie

8. Czy Pani/Pana zdaniem przekazy medialne przedstawiają kobiety oraz mężczyzn jako obiekty seksualne?

- a. TAK
- b. NIE WIEM
- c. NIE

9. Czy Pani/Pana zdaniem przekazy medialne wykorzystują skojarzenia o charakterze seksualnym w przekazach (zwłaszcza reklamowych) niemających charakteru seksualnego? (np. reklamy produktów spożywczych, samochodów, itp.).

- a. TAK
- b. NIE WIEM
- c. NIE

10. Proszę zaznaczyć z jakimi przekazami medialnymi o charakterze reklamowym spotkała/ał się Pani/Pan w ciągu ostatniego tygodnia (proszę zaznaczyć maksymalnie dwie, które najbardziej zapadły Pani/Panu w pamięć):

- a. Reklamy żywności i restauracji typu fast-food
- b. Reklamy zdrowej żywności
- c. Reklamy suplementów diety- odchudzających, na potencję, na stres i nerwowość itp.
- d. Reklamy kosmetyków i produktów do pielęgnacji ciała
- e. Reklamy produktów spożywczych
- f. Kampanie społeczne/profilaktyczne
- g. Reklamy ubrań

11. Proszę wymienić 3 reklamy widziane przez Panią/Pana w ciągu ostatniego tygodnia, które najbardziej zapadły Pani/Panu w pamięć oraz napisać, co charakterystycznego się w nich pojawiło

.....

.....

.....

.....

.....

12. Czy Pani/Pana zdaniem obecnie media promują zdrowie jako wartość?

- a. TAK
- b. NIE

13. Czy spotkała/I się Pani/Pan w mediach z kampaniami zachęcającymi do wykonywania badań profilaktycznych?

- a. TAK (jakich?).....
- b. NIE

14. Czy Pani/Pana zdaniem w mediach jest obecnie promowane zdrowe odżywianie?

- a. TAK

b. NIE

15. Czy Pani/Pana zdaniem media zachęcają obecnie do uprawiania aktywności fizycznej?

a. TAK

b. NIE

16. W jaki sposób, Pani/Pana zdaniem, media przedstawiają osoby z nadwagą? (proszę wybrać maksymalnie dwie odpowiedzi)

a. Jako szczęśliwe

b. Jako nieszczęśliwe

c. Jako mające problem zdrowotne

d. Jako całkowicie zdrowe

e. Jako smutne, przygnębione

f. inne (jakie?).....

17. W jaki sposób, Pani/Pana zdaniem, media przedstawiają osoby szczupłe? (proszę wybrać maksymalnie dwie odpowiedzi)

a. Jako szczęśliwe

b. Jako nieszczęśliwe

c. Jako mające problem zdrowotne

d. Jako zdrowe

e. Jako odnoszące sukcesy

f. inne (jakie?).....

18. Czy Pani/Pana zdaniem w reklamach kupowanie nowych towarów jest łączone z odczuwaniem szczęścia?

a. TAK

b. NIE

19. Czy Pani/Pana zdaniem w przekazach medialnych atrakcyjny wygląd/uroda jest utożsamiana z prowadzeniem szczęśliwego i satysfakcjonującego życia?

a. TAK

b. NIE

METRYCZKA:

1. **Płeć:**

a. Kobieta

b. Mężczyzna

2. **Wiek:**.....

3. **Wykształcenie:**

a. Podstawowe

b. Zawodowe

c. Średnie

d. Wyższe: a. I stopnia: licencjackie/inżynierskie b. II stopnia magisterskie

4. **Miejsce zamieszkania:**

a. małe miasto (poniżej 20 tys. mieszkańców)

b. średnie miasto (20-100 tys. mieszkańców)

c. duże miasto (powyżej 100 tys. mieszkańców)

d. wieś

Nazwa miasta lub wsi, w którym Pani/Pan mieszka.....

ANEKS 3

Autorska Skala Percepcji Przekazów Kultury Masowej

Szanowna Pani/ Szanowny Panie!

Poniżej znajduje się szereg stwierdzeń związanych z przekazami medialnymi. **Bardzo proszę przeczytać uważnie poniższe zdania i zaznaczyć X w miejscu, które najbardziej opowiada Pani/ Pana przekonaniom, przy czym:**

3 oznacza- zgadzam się, 2-nie wiem, 1- nie zgadzam się.

Badania są całkowicie anonimowe, odpowiedzi nie podlegają ocenie, zostaną wykorzystane wyłącznie w celach naukowych, więc bardzo proszę udzielać ich zgodnie z prawdą. Z góry dziękuję za poświęcony czas i pomoc w badaniach.

1.	Ciała kobiece i męskie prezentowane w mediach wyglądają nie wyglądają naturalnie- są wyretuszowane i poddane najróżniejszym zabiegom upiększającym			
2.	Obecnie zachowania seksualne ludzi są w dużym stopniu kształtowane przez media			
3.	Obecnie w reklamach restauracje typu fast-food przedstawiane są jako miejsca przyjazne, o rodzinnej atmosferze a naturalną żywnością			
4.	Obecnie koncerty farmaceutyczne wynalazły suplementy diety i leki na większość dolegliwości towarzyszących ludziom			
5.	Sztucznie sporządzone zdjęcia i poprawione komputerowo wizerunki kobiet i mężczyzn w mediach wpływają na wytworzenie się w umyśle kobiet i mężczyzn nieprawdziwego obrazu płci przeciwnej- o idealnym ciele, nie posiadającym żadnych mankamentów.			
6.	Obecnie w mediach istnieje tendencja do przedstawiania kobiet i mężczyzn jako obiektów seksualnych			
7.	Reklamy żywności zachęcają do korzystania z gotowych produktów i półproduktów			
8.	Współczesne reklamy zachęcają ludzi do zażywania najróżniejszych suplementów			
9.	Ukazywany w mediach negatywny obraz starości może skutkować negatywnym stosunkiem ludzi do starości i osób starszych			
10.	Współczesna literatura popularna, filmy i programy telewizyjne ukazują seks jako najważniejszą sferę życia			
11.	Współczesna literatura popularna, filmy i programy telewizyjne promują przyjemność jako jeden z najważniejszych celów ludzkiego życia			
12.	Reklamy zachęcające ludzi do zażywania najróżniejszych suplementów kształtują u odbiorców przekonanie, że suplementy diety mogą zastąpić racjonalną dietę, ćwiczenia, zdrowy styl życia, czy wizytę u lekarza			
13.	Obecnie w mediach najczęściej ukazywane są osoby młode (prezenterzy, aktorzy, celebryci, itp.)			
14.	Treści o charakterze erotycznym są w mediach wszechobecne, zmuszają człowieka do stykania się z nimi, przez co pozbawiają tę sferę życia intymnego charakteru			
15.	We współczesnej literaturze popularnej, filmach i programach telewizyjnych dominuje nastawienie na nawiązywanie szybkich ale i nietrwałych relacji międzyludzkich			
16.	Propagowane w reklamach leki dostępne bez recepty, zachęcają ludzi do stosowania leków na najróżniejsze dolegliwości, nawet takie, które są zupełnie normalne (są objawem naturalnych procesów fizjologicznych)			
17.	W przekazach medialnych operacje plastyczne i zabiegi z zakresu chirurgii plastycznej ukazywane są jako coś normalnego, czemu każdy może a nawet powinien się poddać			
18.	Seks ukazywany w mediach pozbawiony jest intymności w takich przekazach wszystko jest odkryte, oczywiste i widzialne			
19.	We współczesnej literaturze popularnej, filmach i programach telewizyjnych dominuje nastawienie na osiągnięcie szybkiej satysfakcji seksualnej			
20.	Reklamy suplementów diety zachęcają ludzi do ich wypróbowania			
21.	W mediach szczupłe ciało kobiece ukazywane jest jako ideał piękna kobiecego			
22.	Współczesne filmy, literatura popularna, czasopisma promują swobodę seksualną, co może przyczynić się do podejmowania przez ludzi częstszych „przygodnych” kontaktów seksualnych			
23.	We współczesnej literaturze popularnej, filmach i programach telewizyjnych promowane jest życie bez zobowiązań- „wchodzę, wychodzę, nigdy mnie tu nie było”			

24.	Obecnie w mediach często można spotkać się z kampaniami zachęcającymi np. do wykonywania badań profilaktycznych			
25.	W mediach umięśnione męskie ciało ukazywane jest jako ideał męskiego piękna			
26.	Seks obecny we współczesnej literaturze popularnej, filmach programach telewizyjnych wpływa na oczekiwania ludzi względem partnera seksualnego			
27.	W przekazach medialnych jedzenie ukazywane jest jako przyjemność			
28.	Udział gwiazd i celebrytów w medialnych kampaniach profilaktycznych jest sposobem na zachęcenie ludzi do udziału w badaniach			
29.	Media promują ciało piękne, młode i szczupłe			
30.	Seks obecny we współczesnej literaturze popularnej, filmach programach telewizyjnych jest ukazany w sposób nierzeczywisty			
31.	Reklamy promują ideę „nieograniczonej konsumpcji”			
32.	Obecnie w różnych programach np. śniadaniowych zbyt dużo mówi się o ekologicznym jedzeniu, unikaniu niektórych produktów, konieczności ćwiczeń, człowiek, czuje się przytłoczony tymi informacjami i ma „wyrzuty sumienia”, że sam się do tego nie stosuje			
33.	W mediach często przedstawia się zdrowie jako towar, który można kupić			
34.	Zdrowie ukazywane w przekazach medialnych łączy się z wieczną młodością, szczupłym i pięknym ciałem.			
35.	Przez przekazy medialne u kobiet tworzy się wizja idealnego ciała co może wpływać negatywnie na samoocenę			
36.	Obecnie w przekazach medialnych seks jest dosłownie wszędzie, nawet reklamy produktów spożywczych przesycane są podtekstami o charakterze seksualnym			
37.	W przekazach medialnych dostrzec można dominujące przekonanie o współczesnym szybkim tempie życia, dlatego w reklamach propaguje się rozwiązania pozwalające zaoszczędzić czas, np.: suplementy odchudzające, suplementy ułatwiające osiągnięcie szybkiej satysfakcji seksualnej, itp.			
38.	W przekazach medialnych z jednej strony promuje się produkty niezdrowe, z drugiej zachęca do zdrowego stylu życia, człowiek sam już nie wie, do czego ma się stosować			
39.	We współczesnych reklamach suplementów diety i lekarstw stosuje się pseudomedyczne autorytety i powołuje się na wątpliwe badania mające skłonić odbiorców do stosowania tych specyfików			
40.	We współczesnej literaturze popularnej, filmach i programach telewizyjnych szczupłym osobom przypisywane są też inne pozytywne cechy: sukces, zdrowie, atrakcyjność...			
41.	Informacje na temat zdrowych produktów przekazywane przez media ciągle się zmieniają, media ciągle „odkrywają” nowinki związane z odżywianiem i zachęcają ludzi do ciągłego testowania tych nowinek			

METRYCZKA:

1. Płeć:

- a. Kobieta
- b. Mężczyzna

2. Wiek:

3. Wykształcenie:

- a. Podstawowe
- b. Zawodowe
- c. Średnie
- d. Wyższe: a. I stopnia: licencjackie/inżynierskie b. II stopnia magisterskie

4. Miejsce zamieszkania:

- a. małe miasto (poniżej 20 tys. mieszkańców)
- b. średnie miasto (20-100 tys. mieszkańców)
- c. duże miasto (powyżej 100 tys. mieszkańców)
- d. wieś

Nazwa miasta lub wsi, w którym Pani/Pan mieszka.....

SERDECZNIE DZIĘKUJĘ!!!!

ANEKS 4

Tabela 1 . Współczynniki korelacji tau Kendalla wskaźnika BMI badanych i wskazanego przez nich obrazu ciała

	Współczynnik korelacji		
	Ogółem	Kobiety	Mężczyźni
BMI	0,56	0,62	0,50

Tabela 2. Wyniki testu U Manna Whitneya dla płci (Skala Zachowań Prozdrowotnych- kategoria odżywianie)

	Z	p
Odżywianie/ płeć	4,85	0,000

Tabela 3. Wyniki testu Kruskala Wallisa dla wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania (Skala Zachowań Prozdrowotnych- kategoria odżywianie)

Odżywianie	H	p
Wiek	9,430	0,009
Wykształcenie	3,028	0,220
Miejsce zamieszkania	4,731	0,094

Tabela 4. Wyniki testu U Manna Whitneya dla płci (Skala Zachowań Prozdrowotnych- kategoria aktywność fizyczna i dbałość o ciało)

	Z	p
Aktywność i dbałość o ciało/ płeć	-1,93	0,054

Tabela 5. Wyniki testu Kruskala Wallisa kategorii wiek, wykształcenie i miejsce zamieszkania (Skala Zachowań Prozdrowotnych- kategoria aktywność fizyczna i dbałość o ciało)

Aktywność i dbałość o ciało	H	p
Wiek	8,708	0,013
Wykształcenie	10,589	0,005
Miejsce zamieszkania	4,998	0,082

Tabela 6. Wyniki testu U Manna Whitneya dla płci (Skala Zachowań Prozdrowotnych- kategoria zachowania prewencyjne)

	Z	p
Płeć/ Zachowania prewencyjne	0,10	0,923

Tabela 7. Wyniki testu Kruskala Wallisa dla wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania (Skala Zachowań Prozdrowotnych- kategoria zachowania prewencyjne nr 2)

Zachowania prewencyjne nr 2	H	p
Wiek	8,663	0,013
Wykształcenie	4,278	0,118
Miejsce zamieszkania	3,085	0,214

Tabela 8. Wyniki testu U Manna Whitneya dla płci (Skala Zachowań Prozdrowotnych- kategoria zachowania seksualne)

	Z	p
Płeć a zachowania seksualne	1,47	0,143

Tabela 9. Wyniki testu Kruskala Wallisa dla wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania (Skala Zachowań Prozdrowotnych- kategoria zachowania seksualne)

Zachowania seksualne	H	p
Wiek	25,965	0,000
Wykształcenie	0,689	0,709
Miejsce zamieszkania	0,452	0,798

Tabela 10. Wyniki testu U Manna Whitneya dla płci Skala Zachowań Prozdrowotnych- kategoria zachowania związane z korzystaniem z używek)

	Z	p
Płeć a korzystanie z używek	5,30	0,000

Tabela 11. Wyniki testu Kruskala Wallisa dla wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania (Skala Zachowań Prozdrowotnych- kategoria zachowania związane z korzystaniem z używek)

Korzystanie z używek	H	p
Wiek	6,665	0,036
Wykształcenie	2,810	0,245
Miejsce zamieszkania	3,617	0,164

Tabela 12. Wyniki testu U Manna Whitneya dla płci (Skala Zachowań Prozdrowotnych- kategoria zachowania związane ze zdrowiem psychospołecznym)

	Z	p
Płeć a zdrowie psychospołeczne	1,78	0,075

Tabela 13. Wyniki testu Kruskalla Wallisa dla wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania (Skala Zachowań Prozdrowotnych- kategoria zachowania związane ze zdrowiem psychospołecznym)

	H	p
Wiek	43,429	0,000
Wykształcenie	12,231	0,002
Miejsce zamieszkania	3,121	0,210

Tabela 14. Wyniki testu U Manna Whitneya dla płci (Sposób postrzegania własnego ciała przez badanych)

	Z	p
Płeć a postrzeganie ciała	4,98	0,000

Tabela 15. Wyniki testu Kruskalla Wallisa dla wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania (Sposób postrzegania własnego ciała przez badanych)

Postrzeganie ciała	H	p
Wiek	0,951	0,622
Wykształcenie	0,972	0,615
Miejsce zamieszkania	0,952	0,623

Tabela 16. Wyniki testu Kruskalla Wallisa dla poziomu percepcji kultu idealnego ciała a wykształcenia i miejsca zamieszkania

	H	p
Wykształcenie	8,291	0,016
Miejsce zamieszkania	13,510	0,001

Tabela 17. Wyniki testu Kruskalla Wallisa dla poziomu percepcji seksualizacji a wykształcenia i miejsca zamieszkania

	H	p
Wykształcenie	8,290	0,016
Miejsce zamieszkania	7,902	0,019

Tabela 18. Wyniki testu Kruskalla Wallisa dla poziomu percepcji prymatu przyjemności, natychmiastowości i konsumpcji i i kategorii wykształcenia i miejsca zamieszkania

	H	p
Wykształcenie	10,253	0,006
Miejsce zamieszkania	6,876	0,032

Tabela 19. Wyniki testu Kruskalla Wallisa dla poziomu percepcji medykalizacji i kategorii miejsce zamieszkania

	H	p
Miejsce zamieszkania	8,208	0,017